

© Український журнал клінічної та лабораторної медицини, 2010  
УДК 616.61 – 006.6 (477.61)

## Рак полового члена в Луганской области: эпидемиология и лечение

С.В.Антипова, Е.И.Аболмасов, В.В.Харченко, В.В.Серёгин,  
Н.М.Серёгина, Р.П.Морару-Бурлеску

Луганский государственный медицинский университет, кафедра онкологии, радиологии и радиационной медицины  
Луганск, Украина

В статье проведен анализ работы урологического отделения Луганского областного клинического онкологического диспансера за 10 лет в направлении диагностики, лечения и профилактики рака полового члена. В статье изучался уровень заболеваемости данной патологией в Луганске и Луганской области, оптимальные методы лечения и ранней диагностики. Результаты лечения зависят от ранней диагностики и своевременной комплексной терапии. Профилактические мероприятия способствуют снижению уровня заболеваемости.

**Ключевые слова:** рак полового члена, клиника, диагностика, лечение, профилактика.

### ВВЕДЕНИЕ

Рак полового члена — относительно редкая злокачественная патология с уровнем заболеваемости 0,1–7,9 на 100000 мужчин. Однако в некоторых регионах, таких как Азия, Африка и Южная Америка, рак полового члена составляет 10–20% всей злокачественной патологии у мужчин. Заболевание чаще развивается в пожилом возрасте, имеется тенденция к резкому увеличению частоты этой патологии после 60 лет. Пик заболеваемости встречается у мужчин старше 80 лет, и опухоль у них характеризуется медленным ростом [4].

Цель работы было изучение заболевания и разработка оптимальных методов профилактики и диагностики на ранних стадиях процесса для врачей-онкологов поликлиник и врачей-урологов общебольничной сети.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведен анализ историй болезни пациентов, находившихся в урологическом отделении Луганского областного клинического онкологического диспансера за период 1999–2009 гг. Использовали статистический анализ частоты встречаемости данной патологии, диагностики, видов лечения и профилактических мероприятий.

Под нашим наблюдением находилось 73 больных с диагнозом рак полового члена. Распределение больных по возрасту представлено в табл. 1.

Первыми клиническими проявлениями рака этой локализации являлось появление на внутренней поверхности крайней плоти или головки полового члена патологического образования. Иногда заболевание начиналось с припухлости или отека крайней плоти. В случае же наличия фимоза патологический процесс длительное время оставался незамеченным и проявлялся после присоединения вторичных признаков заболевания. Выявление плотного, но безболезненного образования заставляло больных обращаться к врачу. Начинающийся распад опухоли и присоединяющееся воспаление вызывали беспокойство больных. Появлялись постоянные серозные, гнойные выделения из препуциального мешка, что обуславливало зуд,

ТАБЛИЦА 1  
Распределение больных по возрасту

Возрастные группы	Количество человек	
	абс.	%
20-49 лет	16	22
50-59 лет	12	16,5
60-69 лет	21	28,7
70 лет и старше	24	32,8
Итого	73	100

ТАБЛИЦА 2

## Характер лечения рака полового члена в зависимости от стадии (абс./%)

Вид лечения	Стадия			
	I	II	III	IV
хирургическое	6/55	14/39	5/28	—
хирургическое + иммунотерапия	2/18	—	—	—
хирургическое + лучевая терапия	2/18	15/42	8/44,4	—
хирургическое + иммунотерапия + химиотерапия	1/9	—	—	—
хирургическое + химиотерапия	—	1/2,7	3/16,6	—
хирургическое + лучевая терапия + иммунотерапия	—	5/13,6	1/5,5	1/1,5
хирургическое + лучевая терапия + химиотерапия	—	1/2,7	—	—
хирургическое + лучевая терапия + иммунотерапия + химиотерапия	—	—	1/5,5	—

жжение, особенно при мочеиспускании. Течение рака полового члена с сопутствующим воспалением нередко сопровождалось возникновением вторичного фимоза. Расстройство мочеиспускания наступало при сдавлении и прорастании опухолью наружного отверстия мочеиспускательного канала. Половая функция сохранялась длительное время, несмотря на значительные размеры опухоли. Выход процесса за пределы первичной опухоли приводил к метастатическому поражению лимфатических узлов пахово-бедренной области. Обычно мы наблюдали плотные, безболезненные, малоподвижные лимфоузлы округлой, реже овальной формы. Без лечения рост первичной опухоли и распространение метастатического процесса приводили к обширной инфильтрации и прорастанию окружающих тканей злокачественным новообразованием. [1]. Образовывались некротические язвы, мочевиные затеки, аррозивные кровотечения.

Основным диагностическим методом являлось физикальное обследование. Это важный этап, который часто оказывается достаточным для определения диагноза, стадии заболевания и принятия решения о лечебной тактике. В процессе этого обследования определяли: диаметр опухоли, ее локализацию, тип роста — эндофитный или экзофитный, прорастание в прилежащие структуры (подслизистый слой, кавернозные тела, губчатое тело, уретру), ее цвет и консистенцию. Проводили морфологическую верификацию диагноза и определяли степень дифференцировки опухоли. Материал для исследования получали при помощи инцизионной биопсии, аспирационной биопсии или соскоба. Визуальные методы использовали для оценки опухолевой инвазии, особенно в отношении инфильтрации кавернозных тел. При невозможности интерпретировать микроскопическую инфильтрацию сонографичес-

ким методом использовали магнитно-резонансную томографию.

Основной гистологической формой рака полового члена в наблюдаемой группе больных являлся плоскоклеточный рак различной степени дифференцировки, который составлял 95% всех опухолей полового члена. Плоскоклеточный рак полового члена характеризовался утолщением эпидермиса, гиперкератозом, папилломатозом и растущими вглубь пальцевидными выростами атипичных шиповатых клеток с наличием в толще комплексов концентрических образований, состоящих из уплощенных клеток с ороговением («роговых жемчужин»). Эпителиальные клетки имели легкую атипию, увеличенные плеоморфные ядра, встречались фигуры патологических митозов. В толще дермы обнаруживался плотный лимфоцитарный или смешанный воспалительный инфильтрат. Оставшиеся 5% составляли такие гистологические формы, как меланома полового члена, базально-клеточный рак, мезенхимальные опухоли (саркома Капоши, ангиосаркома), веррукозная карцинома, веретенообразный, псевдожелезистый (акантолитический) рак полового члена.

По стадиям заболевания больные распределялись следующим образом: I стадия — 11 человек (16,7%), II стадия — 36 человек (54,5%), III стадия — 18 человек (27,3%), IV стадия — 1 человек (1,5%).

В зависимости от стадии заболевания больные получали следующие виды лечения, которые представлены в табл. 2.

Основные виды хирургического лечения представлены в табл. 3.

В 70% случаев мы наблюдали следующую сопутствующую патологию: ИБС, диффузный кардиосклероз, сердечную недостаточность I степени; функциональный класс II. Гипертоническая болезнь II-III ст. Хронический брон-

ТАБЛИЦА 3  
Виды хирургического лечения

Вид проводимого лечения	Количество человек	
	абс.	%
Ампутация полового члена	53	72,6
Ампутация полового члена + операция Дюкена	11	15
Эмаскуляция + эпицистостомия, уретрокутанеостомия	4	5,6
Циркумцизио	5	6,8
Итого	73	100

хит, дыхательная недостаточность 0-I, сахарный диабет I и II типа, рубцовый фимоз.

Осложнениями лечения, которые наблюдались в 35% случаев, были образование мочевых свищей, стриктур уретры, некроз полового члена, появление выраженного болевого синдрома на фоне отека полового члена. Все осложнения купированы консервативными мероприятиями.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Средний возраст наблюдаемых нами больных составил  $61 \pm 12$  лет. Как видно из данных табл. 1, основную часть больных составляли люди в возрасте от 60 лет и старше (61,5%).

Большая часть больных, поступавших в отделение, имели II и III стадии заболевания. Это говорит о низком уровне онкологической настороженности к данной патологии, что снижает выживаемость больных и ухудшает качество жизни в дальнейшем, так как радикальными методами лечения при этих стадиях заболевания являются калечащие операции.

Как видно из табл. 2, основным видом лечения является хирургический или хирургический в комбинации с лучевым. Хотя рак полового члена является химиочувствительной опухолью, химиотерапия не имеет самостоятельного значения. Химиотерапия применяется в комбинации с лучевой терапией. В качестве комбинированного лечения неoadъювантную химиотерапию используют, чтобы сделать опухоль резектабельной и при возможности провести органосохраняющую операцию. При лечении метастазов с помощью химиотерапии чаще всего добиваются частичного эффекта [2].

Анализируя данные табл. 3, можно сделать вывод о том, что основным хирургическим методом лечения была ампутация полового члена (87,6%), которая в 15% случаев дополнялась операцией Дюкена.

Основным критерием качества лечения онкологических больных является продолжительность жизни. По данным нашего исследования, группа пациентов, которые выжили в течение 1 года после верификации диагноза, составила — 94,5%, в течение 3 лет — 67%, 5 лет — 58%, более 5 лет — 47%.

Исходя из вышеизложенного, рекомендации по диагностике рака полового члена для онкологов и врачей общей практики включают следующее. При первичной опухоли в обязательном порядке выполняется физикальное обследование с регистрацией макроскопических характеристик опухоли, также в обязательном порядке выполняется цитологическое или гистологическое исследование, визуализация. УЗИ может продемонстрировать степень инвазии в кавернозные тела. При неэффективности УЗИ можно рекомендовать МРТ. При наличии регионарных метастазов физикальное обследование выполняется в обязательном порядке. Если лимфоузлы не пальпируются, визуализационное или гистологическое исследование не показано [5]. У больных с высоким риском возможно выполнение нового метода — биопсия сторожевого узла [3]. Если лимфоузлы пальпируются, необходимо провести УЗИ и морфологическую верификацию.

При наличии отдаленных метастазов (только у больных с метастазами в паховые лимфоузлы) необходимо выполнить компьютерную томографию таза/брюшной полости для выявления метастазов в тазовые лимфоузлы. Также рекомендуется рентгенография органов грудной полости. Рутинное лабораторное исследование рекомендуется как дополнительное для специфических состояний. Сканирование костной системы выполняется по показаниям [4].

## ВЫВОДЫ

Основными неблагоприятными факторами в отношении прогноза жизни больных являются размер первичного поражения, превышающий 4 см, молодой возраст пациента (до 35 лет), эндофитный характер роста опухоли, запущенная стадия заболевания, низкая степень дифференцировки опухоли, поражение регионарных лимфоузлов. Основными факторами риска развития рака полового члена были возраст старше 60 лет, курение, несоблюдение личной гигиены, сахарный диабет, фимоз.

Основные методы профилактики рака полового члена, используемые в практике онкологов и урологов общепольничной сети, должны быть направлены на устранение фимоза,

лечение баланопоститов, проведение санитарно-просветительной работы в отношении ежедневных гигиенических мероприятий (удаление смегмы, наличие постоянного полового партнера), консультация уролога/онкоуролога при малейших изменениях наружных половых органов.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Маринбах Е.Б. Клиническая онкоурология. — М.: Медицина, 1975. — 345 с.
2. Матвеев Б. П., Гоцадзе Д. Т. Химиотерапия рака полового члена // Урол. и нефрол. — 1981. — №4. — С. 39-42.
3. Матвеев Б.П. Клиническая онкоурология. — М., 2003. — 717 с.
4. Онкологические заболевания органов мочеполовой системы. Кн. 4. Учеб. пособие / Под ред. А.И.Новикова, Жильбера Массарда и др. — Омск, 2008. — 208 с.
5. Давыдов М.И. Энциклопедия клинической онкологии. — М., 2004. — 170 с.

**С.В.Антипова, Є.І.Аболмасов, В.В.Харченко, В.В.Серьогін, Н.М.Серьогіна, Р.П.Морару-Бурлеску. Рак статевого члена у Луганській області: епідеміологія та лікування. Луганськ, Україна.**

**Ключові слова:** рак статевого члена, клініка, діагностика, лікування, профілактика.

У статті проведено аналіз роботи урологічного відділення Луганського обласного клінічного онкологічного диспансеру за 10 років у напрямку діагностики, лікування та профілактики раку статевого члена. Вивчені рівень захворюваності даною патологією в Луганську та Луганській області, оптимальні методи лікування та ранньої діагностики. Профілактичні заходи сприяють зниженню рівня захворюваності.

**S.V.Antipova, E.I.Abolmasov, V.V.Kharchenko, V.V.Seryogin, N.M.Seryogina, R.P.Moraruburlesku. Penile cancer in Lugansk region: epidemiology and treatment. Lugansk, Ukraine.**

**Key words:** penile cancer, clinic, diagnosis, treatment, prevention.

Penile cancer remains as actual problem of clinical oncology. The results of treatment depend on early diagnostics and timely complex therapy. Prophylactic measures promote the decreasing of morbidity.

Надійшла до редакції 01.10.2010 р.