



© © СС А. Г. Манихас, Д. С. Пасекова, Э. Э. Топузов, 2021
УДК 618.19-006.6-08 : 615.357] : 616-092.11-053.9
DOI: 10.24884/1607-4181-2021-28-4-48-55

А. Г. Манихас¹, Д. С. Пасекова^{1, 2*}, Э. Э. Топузов¹

¹ Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городской клинический онкологический диспансер», Санкт-Петербург, Россия

² Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОК ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ГОРМОНОЗАВИСИМЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПЕРВИЧНОЙ ГОРМОНОТЕРАПИИ

Поступила в редакцию 08.06.2021 г.; принята к печати 25.02.2022 г.

Резюме

Введение. Пациентки пожилого и старческого возраста представляют собой особую категорию, для которых зачастую не подходит стандартное лечение рака молочной железы (РМЖ) ввиду наличия серьезной сопутствующей патологии, а также личных предпочтений и опасений относительно вариантов лечения. Для ряда таких пациенток с гормонозависимым РМЖ возможным вариантом лечения может быть первичная гормонотерапия (ПГТ).

Цель — оценка качества жизни пациенток при различных видах лечения — ПГТ и стандартном комплексном лечении, а также определение причин выбора консервативного метода лечения.

Методы и материалы. В исследование включены пациентки 65–89 лет с гормонозависимым РМЖ I–II стадии, часть из которых получают только гормонотерапию (ГТ) (n = 20), а другим назначена адъювантная ГТ после хирургического лечения (n = 20). Качество жизни оценивали путем анализа опросников EORTC QLQ C-30 и QLQ-BR23, заполненных пациентками на разных этапах лечения. Для выявления причин выбора консервативной тактики проводили анализ данных амбулаторных карт пациентов.

Результаты. В 65 % случаев назначение консервативного лечения было обусловлено наличием серьезной сопутствующей патологии, а проведение хирургического вмешательства на молочной железе ассоциировалось с ухудшением качества жизни в послеоперационном периоде.

Заключение. ПГТ является возможным вариантом лечения гормонозависимого РМЖ у пожилых пациенток, так как не только имеет сопоставимые показатели общей выживаемости в сравнении со стандартным комплексным лечением (операция + адъювантная ГТ), но и не ухудшает качество жизни.

Ключевые слова: рак молочной железы, качество жизни, первичная гормонотерапия, пожилые пациентки

Для цитирования: Манихас А. Г., Пасекова Д. С., Топузов Э. Э. Качество жизни пациенток пожилого и старческого возраста с гормонозависимым раком молочной железы при использовании первичной гормонотерапии. *Ученые записки СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова.* 2021;28(4):48–55. DOI: 10.24884/1607-4181-2021-28-4-48-55.

* **Автор для связи:** Дарья Сергеевна Пасекова, СПбГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», 198255, Россия, Санкт-Петербург, пр. Ветеранов, д. 56. E-mail: dariapasekova@mail.ru.

Alexey G. Manikhas¹, Daria S. Pasekova^{1, 2*}, Eldar E. Topuzov¹

¹ St. Petersburg City Clinical Oncology Dispensary, Saint Petersburg, Russia

² Pavlov University, Saint Petersburg, Russia

QUALITY OF LIFE OF ELDERLY AND SENILE PATIENTS WITH HORMONE RECEPTOR POSITIVE BREAST CANCER USING PRIMARY ENDOCRINE THERAPY

Received 08.06.2021; accepted 25.02.2022

Summary

Introduction. Elderly and senile patients are a special category of patients and standard methods in breast cancer treatment are not suitable due to the frequent presence of serious comorbidities and personal preferences and concerns about

treatment options. An available treatment option for these patients with hormone-receptor positive breast cancer may be the primary endocrine therapy (PET).

The **objective** was to assess the quality of life of patients treated by PET or surgical treatment with adjuvant endocrine therapy (ET) and identifying the reasons of choosing a conservative treatment strategy.

Methods and materials. Our study included 65–89-year-old patients with hormone-receptor positive breast cancer with stages I–II, some of whom received only endocrine therapy (ET) ($n = 20$), and others are prescribed adjuvant ET after surgical treatment ($n = 20$). Quality of life was assessed by analyzing the EORTC QLQ C-30 and QLQ-BR23 questionnaires filled in by patients at different stages of treatment. An analysis of outpatient records was carried out to identify the reasons for choosing a conservative treatment strategy.

Results. The choice of conservative treatment strategy was justified by the presence of a serious concomitant pathology in 65 % of cases. Performing breast surgery was associated with a decline in the quality of life in the postoperative period.

Conclusions. PET is an alternative treatment option for some of the elderly patients with hormone-receptor positive breast cancer, since it has similar results in overall survival compared to standard complex treatment (surgery + adjuvant ET), but also does not make the quality of life worst during treatment.

Keywords: breast cancer, quality of life, primary endocrine therapy, elderly patients

For citation: Manikhas A. G., Pasekova D. S., Topuzov E. E. Quality of life of elderly and senile patients with hormone receptor positive breast cancer using primary endocrine therapy. *The Scientific Notes of Pavlov University*. 2021;28(4):48–55. (In Russ.). DOI: 10.24884/1607-4181-2021-28-4-48-55.

* **Corresponding author:** Daria S. Pasekova, Pavlov University, 6-8, L'va Tolstogo str., Saint Petersburg, 197022, Russia. E-mail: dariapasekova@mail.ru.

ВВЕДЕНИЕ

Рак молочной железы (РМЖ) является ведущей онкологической патологией среди женского населения в России, составляя 18,5 % от всех злокачественных заболеваний. Так, в 2020 г. были поставлены на учет 58 804 пациентки с впервые установленным диагнозом рака молочной железы, из которых 2585 человек было выявлено в Санкт-Петербурге. Таким образом, распространенность данной патологии составляет 500,5 человека на 100 000 населения. При этом удельный вес ранних стадий РМЖ (I–II стадии) составил 71,6 %, по данным 2020 г. [1].

Значительная часть впервые выявленных случаев рака молочной железы (от 40 до 50 %) приходится на возрастную группу пациенток старше 65 лет [2–4]. Согласно классификации Всемирной организации здравоохранения, возраст от 60 до 74 лет принято считать пожилым, а возраст от 75 до 90 лет относится к старческому. В последние десятилетия отмечается тенденция к увеличению ожидаемой продолжительности жизни населения в развитых странах, что, в свою очередь, может привести к увеличению доли пожилых пациенток с диагнозом «Рак молочной железы» [2, 5]. Вместе с этим пожилой и старческий возраст пациенток нередко ассоциирован с наличием выраженной сопутствующей патологии. Так, по данным литературы [6], более чем у 60 % женщин старше 70 лет в анамнезе имеется, как минимум, одно серьезное сопутствующее заболевание (ишемическая болезнь сердца или инфаркт миокарда у 25,7 %, застойная сердечная недостаточность – у 25,0 %, острое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе – у 16,2 % и ревматологическая патология – у 65,8 % больных). В свою очередь, наличие большого числа сопутствующих заболеваний может привести к значительному снижению общего функционального статуса пациента (ЕСОГ, индекс Карновского) и когнитивных функций [7].

Наибольшей ценностью для достижения локального контроля над опухолевым процессом обладает хирургическое лечение, однако для женщин с серьезной сопутствующей патологией вопрос о целесообразности хирургических вмешательств в некоторых случаях может быть поставлен под сомнение. К тому же, если рассматривать биологические особенности опухолей молочной железы, то следует отметить, что доля больных с благоприятными по характеру течения и прогнозу заболевания люминальными опухолями растет по мере увеличения возраста [3, 5, 8].

Согласно клиническим рекомендациям, лечение гормонопозитивного Her2neu-негативного рака молочной железы складывается либо из проведения операции с последующей адъювантной гормонотерапией (ГТ) (при I–II стадиях и в большинстве случаев при cT3N1M0), либо начинается с назначения неоадъювантной ГТ или химиотерапии с последующим хирургическим лечением и адъювантной ГТ (IIIА, IIIВ, IIIС стадии). При наличии показаний (таких как проведение органосохраняющих операций, поражение регионарных лимфоузлов, исходное вовлечение кожи в опухолевый процесс, врастание опухоли в мышцу, положительные края резекции) лечение может дополняться проведением лучевой терапии и химиотерапии.

Однако для ряда пациенток, у которых определяется выраженная сопутствующая патология или «страх» перед проведением операции, в качестве основной опции лечения гормонозависимого рака молочной железы можно рассматривать первичную гормонотерапию (ПГТ). ПГТ – термин, используемый в зарубежной научной литературе и подразумевающий под собой использование гормонотерапии в качестве самостоятельного консервативного метода лечения рака молочной железы.

В качестве первичной гормонотерапии могут быть использованы Тамоксифен или препараты из группы ингибиторов ароматазы (Анастрозол,

Летрозол, Эксеместан). В литературе представлены данные семи рандомизированных исследований, в которых приведен сравнительный анализ использования Тамоксифена в качестве ПГТ и хирургического лечения +/- адъювантной ГТ Тамоксифеном при лечении гормонозависимого операбельного рака молочной железы у пожилых пациенток. Практически все исследования не продемонстрировали разницы ни в общей выживаемости, ни в выживаемости, связанной с раком молочной железы, несмотря на более плохой локальный контроль над заболеванием при использовании ПГТ. При этом сроки наблюдений за пациентами составляли от 5 до 20 лет [9]. По использованию ингибиторов ароматазы в качестве самостоятельного консервативного вида лечения имеются данные только небольших нерандомизированных исследований. Также необходимо отметить, что нами было проведено собственное исследование, по результатам которого не было получено различий в общей выживаемости и выживаемости без прогрессирования у пациенток старше 65 лет, получавших ПГТ либо хирургическое лечение с адъювантной ГТ, однако на момент публикации результатов срок наблюдения за больными составил всего 3 года [10].

При выборе стратегии лечения пожилых пациенток немаловажным моментом является не только контроль над заболеванием, но и качество жизни [11]. Согласно данным ряда исследований [12–14], сами пожилые пациенты часто ставят его в приоритет над продолжительностью жизни. Первичная гормонотерапия, в отличие от многих других видов лечения, обладает небольшим спектром побочных эффектов, проста и удобна в использовании, а следовательно, оказывает минимальное влияние на качество жизни [9].

В клинической практике зачастую при определении тактики лечения существенный вклад вносит мнение самого пациента. Часть крупного мультицентрового британского когортного исследования «Bridging the Age Gap in Breast Cancer» как раз была посвящена выяснению позиции клиницистов и пациентов в отношении определения тактики лечения (выбор между ПГТ и операцией). Исследование строилось на анализе данных опросников, проведении собеседований с пациентами и медицинским персоналом. По результатам стили принятия решения были разделены на три категории: стиль, ориентированный на пациента, ориентированный на врача и совместное решение. Примечательно, что выбор опции лечения в виде ПГТ чаще был ассоциирован именно с мнением пациента ($p = 0,002$). Также выбор в пользу ПГТ чаще наблюдался по мере увеличения возраста пациента ($p < 0,001$). При проведении собеседования больные часто высказывали свои убеждения относительно того, что они являются слишком старыми для хирургического лечения и что качество жизни для

них стоит в приоритете над ее продолжительностью. По результатам опроса медицинских работников, наиболее важными факторами для определения того, подходит ли пожилая пациентка для операции или нет, стали наличие сопутствующих заболеваний и ожидаемая продолжительность жизни, при этом возраст не был решающим фактором для большинства клиницистов. В 26,6 % случаев они согласились, что ПГТ может быть предложена любой пожилой пациентке с гормонопозитивным раком молочной железы, поскольку доказанного преимущества в выживаемости при проведении хирургического лечения нет [12].

Fernando A. Angarita et al. [13] опубликовали метаанализ, в котором оценивали факторы, влияющие на принятие пожилыми пациентами решений по поводу лечения рака молочной железы. В перечень факторов, повлиявших на выбор пациенток, вошли такие, как возможность оставить более радикальные опции лечения «на потом» в качестве дополнительной возможности в случае неудачи консервативного метода; простота режима лечения и его минимальное влияние на жизнь; наличие сопутствующих заболеваний, которые могут повысить риск побочных эффектов от лечения или могут полностью препятствовать лечению или возвращению к исходному состоянию; влияние на качество жизни; страх операции и (или) анестезии; отсутствие выгоды по продолжительности жизни при проведении операции; чувство самоконтроля при использовании ПГТ (пальпаторное определение увеличения размеров опухоли или ее стабильность на фоне лечения).

Международное сообщество гериатрической онкологии (SIOG) рекомендует ориентироваться на такие показатели при лечении пожилых больных, как функциональный статус, когнитивная функция и качество жизни. Они расцениваются как сопоставимые или даже более значимые, чем выживаемость и частота развития рецидивов, с точки зрения баланса преимуществ и рисков от лечения. Процесс принятия решения по выбору метода лечения рекомендуется дополнять подробным обсуждением с пациентом всех преимуществ и недостатков, которые могут повлиять на исход заболевания и ожидания пациента [6].

Кроме того, имеется несколько исследований, которые показали позитивную связь между качеством жизни и прогнозом заболевания у пациентов с различными видами злокачественных заболеваний. В работе японских исследователей была проверена эта гипотеза на пожилых пациентках (старше 65 лет) с первичным раком молочной железы, выбравших ПГТ в качестве метода лечения. Авторы ретроспективно оценили качество жизни пациенток в день, когда было принято решение лечиться с помощью гормонотерапии, и спустя 3 месяца от начала лечения. По результатам, качество жизни до начала лечения никак не сказалось на

Таблица 1

Характеристики пациенток

Table 1

Характеристика	Группа исследования (ПГТ), n = 20	Контрольная группа (операция + ГТ), n = 20
Возраст пациенток, лет	65 – 89 (79)	66 – 84 (72)
Стадия заболевания, n (%):		
I	12 (60)	10 (50)
IIA	7 (35)	9 (45)
IIB	1 (5)	1 (5)
Вид ГТ, n (%):		
Тамоксифен	7 (35)	7 (35)
ингибиторы ароматазы	13 (65)	13 (65)
Объем операции, n (%):		
РМЭ		2 (10)
МЭ + БСЛУ	–	12 (60)
РСР		2 (10)
СР + БСЛУ		4 (20)

дальнейшем прогнозе, в то время как улучшенное качество жизни через 3 месяца от начала лечения коррелировало с увеличением показателей выживаемости без прогрессирования. Этот результат, по-видимому, отражает связь между улучшенным качеством жизни и более высокой частотой объективного ответа [15].

Все вышесказанное свидетельствует о том, что качество жизни является значимым, а иногда даже определяющим фактором в лечении пациенток пожилого и старческого возраста.

Целью исследования являлся сравнительный анализ качества жизни пожилых пациенток с операбельным гормонозависимым раком молочной железы в зависимости от вида проводимого лечения (операция + адъювантная ГТ или ПГТ) и определение причин выбора консервативной тактики.

МЕТОДЫ И МАТЕРИАЛЫ

Исследование является проспективным, нерандомизированным. Были включены 40 пациенток пожилого и старческого возраста с гормонозависимым Her2neu-негативным раком молочной железы I – II стадии в период с апреля по декабрь 2020 г., которые получают лечение в Городском клиническом онкологическом диспансере (Санкт-Петербург). В зависимости от вида проводимого лечения пациентки были разделены на две группы. В I группу (n = 20) вошли пациентки, получающие первичную гормонотерапию, пациенткам II группы (n = 20) выполнялось хирургическое лечение с последующим назначением адъювантной ГТ. Характеристика пациенток приведена в табл. 1.

Возраст пациенток, получающих консервативное лечение (первичную гормонотерапию), составил от 65 до 89 лет (медиана – 79 лет), а тем, кому была выполнена операция, – от 66 до 84 лет (медиана – 72 года). Доля пациенток старческого возраста была выше в группе с консервативным лечением (80 против 45 %).

В обеих группах 35 % пациенток в качестве гормонотерапии принимают Тамоксифен (табл. 20 мг *per os*), остальные 65 % – препараты из группы ингибиторов ароматазы (Летрозол – табл. 2,5 мг *per os*, Анастрозол – табл. 1 мг *per os*, Эксеместан – табл. 25 мг *per os*). Преимущественным объемом хирургического лечения была мастэктомия с биопсией сигнальных лимфоузлов (БСЛУ) (60 %), а число органосохраняющих операций составило только 30 %. Операции с проведением БСЛУ проводили в случае отсутствия клинических данных, указывающих на поражение регионарных лимфоузлов (N₀), в то время как радикальную мастэктомию и радикальную секторальную резекцию проводили пациенткам с цитологически или гистологически подтвержденными измененными аксиллярными лимфоузлами, либо же в случае наличия достоверных признаков специфического поражения лимфоузлов по данным ультразвукового исследования (УЗИ) (N₁). Выбор объема хирургического вмешательства на самой молочной железе зависел от размеров опухолевого узла, его локализации и наличия противопоказаний к адъювантной лучевой терапии. Лучевая терапия в качестве дополнительного метода локального лечения назначалась пациенткам после проведения органосохраняющих операций, либо при наличии метастазов в аксиллярных лимфоузлах по данным гистологического исследования операционного материала. Тем не менее, несмотря на вышеперечисленные показания к лучевой терапии, нескольким пациенткам в ее проведении было отказано по причине левостороннего расположения опухоли и наличия отягощающей кардиологической патологии, либо в связи с благоприятным прогнозом (стадия pT₁N₀M₀) и возрастом старше 70 лет.

Оценку качества жизни пациенток в обеих группах производили при помощи заполнения и анализа опросников QLQ-C30 и QLQ-BR23 в двух временных точках: на момент постановки диагноза

Таблица 2

Показатели функциональных шкал QLQ-C30 v.3, баллы

Table 2

Parameters of the functional scales QLQ-C30 v.3, points

Метод лечения	Физическое состояние		Эмоциональное состояние		Социальное состояние		p-value
	начало лечения*	через 6 месяцев	начало лечения	через 6 месяцев	начало лечения	через 6 месяцев	
ПГТ (n = 20)	(62,0±13,3)	(63,6±13,5)	(75,4±14,1)	(76,6±13,8)	(84,1±13,4)	(84,1±11,2)	>0,05
Операция + ГТ (n = 20)	(71,3±13,3)	(70,6±12,1)	(79,1±12,8)	(80,8±13,5)	(84,9±10,4)	(79,1±11,7)	

* – различия между группами по уровню физического состояния (p = 0,039).

Таблица 3

Оценка боли по шкале QLQ-C30 v.3, баллы

Table 3

Pain assessment on the QLQ-C30 v.3 scale, points

Метод лечения	На момент постановки диагноза	Спустя 6 месяцев от начала лечения	p-value
ПГТ (n = 20)	(7,5±13,4)	(5,0±9,2)	0,022
Операция + ГТ (n = 20)	(6,6±9,6)	(18,3±20,3)	>0,05

и спустя 3 месяца от начала лечения. Анализировали параметры из следующих шкал: функциональные шкалы (шкала физического функционирования, шкала эмоционального функционирования, шкала социального функционирования), оценка боли, побочных эффектов проводимого лечения, симптомов со стороны молочной железы и руки.

Для выяснения причин выбора консервативной тактики лечения был проведен анализ амбулаторных карт пациенток (заключение маммологического консилиума, осмотр анестезиолога).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При анализе амбулаторных карт было выявлено, что назначение консервативного лечения (первичная гормонотерапия) было обусловлено двумя основными причинами: отказ онкомаммологического консилиума в проведении хирургического лечения, либо выбор данного варианта лечения пациенткой. При врачебном отказе от проведения операции (65 % случаев) было зафиксировано наличие серьезной сопутствующей патологии (острый инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе за последние 3 года, декомпенсированный сахарный диабет, выраженная сердечная недостаточность и постоянная форма мерцательной аритмии и др.), что было принято во внимание при осмотре анестезиологами. В 35 % случаев пациентки сами отказались от проведения операции, обосновывая это рядом причин: страхом проведения анестезии и пожилым возрастом (5 из 7), наличием маленькой и «относительно благоприятной» опухоли (2 из 7) и нежеланием «страдать от побочных эффектов операции» (3 из 7). Трое из 7 больных, отказавшихся от хирургического

лечения, высказали мнение, что в случае отсутствия положительного эффекта от проведения гормонотерапии смогут повторно рассмотреть вопрос о проведении операции, но, имея возможность на данном этапе получить консервативное лечение, конечно же, готовы выбрать более щадящий метод терапии, тем более что даже при проведении операции все равно будут вынуждены принимать гормонотерапию. Со всеми пациентками была проведена беседа об особенностях каждого из вариантов лечения, и они были информированы о последствиях использования только лишь гормонотерапии (возможный временный ее эффект с развитием роста опухоли и сменой лечения).

При оценке качества жизни по показателям функциональных шкал (табл. 2) между группами были выявлены статистически значимые различия (p = 0,039) по шкале физического функционирования, которая оценивает физическую активность пациента. У больных, получающих ПГТ, этот показатель оказался исходно ниже, что может быть связано с более пожилым возрастом и большим числом сопутствующих заболеваний. Что же касается разницы в эмоциональном и социальном состоянии пациенток, то различия оказались незначительными и статистически не значимыми (p > 0,05).

Анализируя различия в количестве баллов между моментом от постановки диагноза до полугодового периода от начала лечения, не было обнаружено статистически значимых различий между пациентами ни по одной из функциональных шкал, несмотря на то, что уровень социального состояния снизился с (84,9±10,4) до (79,1±11,7) балла у прооперированных пациенток (p = 0,1488).

Интересные данные были получены при оценке боли до и после начала лечения. Так, у пациенток

Таблица 4

Результаты заполнения опросника QLQ-BR23 v.3, баллы

Table 4

Results of filling in the questionnaire AQLQ-BR23 v.3, points

Метод лечения	Побочные эффекты		p-value	Симптомы со стороны молочной железы		Симптомы со стороны руки		p-value
	начало лечения	через 6 месяцев		начало лечения	через 6 месяцев	начало лечения	через 6 месяцев	
ПГТ (n = 20)	(15,9±8,1)	(21,9±8,8)	0,008	(1,7±3,9)	(1,1±3,3)	(5,0±6,1)	(3,7±5,5)	>0,05
Операция + ГТ (n = 20)	(18,3±9,8)	(22,8±9,4)	0,024	(1,1±3,3)	(16,6±6,6)	(5,4±6,0)	(12,0±9,6)	<0,05

в группе с проведением хирургического лечения было выявлено усиление этого симптома, и изменения оказались статистически достоверными ($p = 0,022$) (табл. 3).

Для оценки специфических симптомов со стороны молочной железы и руки на стороне поражения, а также для оценки эффектов противоопухолевой терапии использовали опросник QLQ-BR23.

При рассмотрении симптомов, связанных с опухолевым процессом или осложнениями от проведенного лечения (боль и отечность руки, трудности с движением рукой, гиперчувствительность на грудной стенке и молочной железе, отечность молочной железы), статистически значимые изменения в сторону ухудшения проявления этих симптомов возникли только у пациенток, которые перенесли операцию ($p < 0,05$) (табл. 4). Такой результат, наряду с усилением болей (согласно опроснику QLQ-C30 v.3), у пациенток этой группы является достаточно закономерным для раннего послеоперационного периода.

Согласно данным опросников, спустя 6 месяцев от начала лечения произошло статистически значимое увеличение выраженности побочных эффектов, как в группе пациенток с получением первичной гормонотерапии, так и среди пациенток с операцией и адьювантной ГТ ($p = 0,008$ и $0,024$ соответственно), что связано с самим фактом проведения лечения и не зависит от его вида. Наиболее частыми побочными эффектами от приема гормонотерапии были ощущения «приливов» жара, головные боли и боли в суставах.

При анализе характеристик пациенток, которые получали консервативное или стандартное комплексное лечение гормонозависимого рака молочной железы в Городском клиническом онкологическом диспансере (Санкт-Петербург), было выявлено, что пациентки в группе первичной гормонотерапии были несколько старше (медиана возраста – 79 против 72 лет), а основной причиной для выбора консервативной тактики лечения стало наличие большого числа серьезных сопутствующих патологий (в основном кардиоваскулярной), хотя часть пациенток самостоятельно приняли решение об отказе от операции ввиду страхов от проведения хирургического лечения или нежелания

испытывать нежелательные явления после его проведения. При этом доля пациенток, участвовавших в принятии такого решения, оказалась достаточно большой (35 %), а причины, повлиявшие на выбор ПГТ, частично совпадали с факторами, описанными в вышеприведенных литературных источниках.

Согласно данным большинства литературных источников на тему использования ПГТ, а также данным собственного исследования, отсутствуют статистически значимые различия в показателях общей выживаемости между группами с комплексным и консервативным лечением. А значит, первичная гормонотерапия является доступной и достаточно эффективной опцией лечения гормонозависимого рака молочной железы, хоть и для достаточно ограниченного числа пациенток (в основном при наличии серьезной сопутствующей патологии, препятствующей проведению операции). Что немаловажно, этот метод лечения хорошо воспринимается пожилыми пациентками и несет за собой небольшое число нежелательных явлений, в отличие от хирургического лечения. Все это приводит к гораздо меньшему снижению качества жизни, а именно оно, по мнению многих специалистов, является наиболее важным и актуальным конечным результатом в лечении пожилых больных.

Результаты нашего исследования, целью которого была оценка качества жизни пациенток при различных видах лечения раннего гормонозависимого РМЖ, оказались сопоставимыми с данными литературы и не демонстрируют его ухудшения на фоне использования ПГТ по большинству оцениваемых шкал, по сравнению с результатами пациенток, перенесших хирургическое лечение. Что же касается выбора консервативной тактики лечения, то в большинстве случаев (65 %) такое решение принималось коллегиально при обсуждении пациентки на онкомаммологическом консилиуме. В остальных же случаях решение принималось самими больными после подробного обсуждения особенностей всех вариантов лечения с врачом.

Благодарности

Авторы выражают благодарность заведующему поликлиническим отделением СПбГБУЗ ГКОД Александру Эдуардовичу Алборову, а также врачам-онкологам поликлинического отделения.

Acknowledgements

The authors are grateful to Alexander Eduardovich Alborov, the head of the outpatient department of the St. Petersburg City Clinical Oncology Dispensary, and also to the oncologists of the polyclinic department.

Конфликт интересов

Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest

Authors declare no conflict of interest

Соответствие нормам этики

Авторы подтверждают, что соблюдены права людей, принимавших участие в исследовании, включая получение информированного согласия в тех случаях, когда оно необходимо, и правила обращения с животными в случаях их использования в работе. Подробная информация содержится в Правилах для авторов.

Compliance with ethical principles

The authors confirm that they respect the rights of the people participated in the study, including obtaining informed consent when it is necessary, and the rules of treatment of animals when they are used in the study. Author Guidelines contains the detailed information.

ЛИТЕРАТУРА

1. Состояние онкологической помощи населению России в 2020 году / под ред. А. Д. Каприна, В. В. Старинского, А. О. Шахзадовой. – М.: МНИОИ им. П. А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России. – 2021. – 239 с.

2. Kiderlen M., Walsh P., Bastiaannet E. et al. Treatment Strategies and Survival of Older Breast Cancer Patients – An International Comparison between the Netherlands and Ireland // PLoS ONE. – 2015. – Vol. 10, № 2. – P. E0118074. Doi: 10.1371/journal.pone.0118074.

3. Panal M., Sanchez-Mendez J., Revello R. et al. Primary Hormonal Therapy for Elderly Breast Cancer Patients: Single Institution Experience // Gynecologic and Obstetric Investigation. – 2015. – Vol. 80, № 1. – P.10–14. Doi: 10.1159/000368229.

4. Smith I., Fribbens C. Management of breast cancer in older and frail patients // Breast. – 2015. – Vol. 24. – P. S159–S162. Doi: 10.1016/j.breast.2015.07.037.

5. Primary Endocrine Therapy in Older Women with Breast Cancer / R. Pepping, J. Portielje, W. Water, N. de Glas // Current Geriatric Reports. – 2017. – Vol. 6, № 4. – P. 239–246. Doi: 10.1007/s13670-017-0223-z.

6. Umit Ugurlu M., Gulluoglu B. Impact of older age on local treatment decisions // Breast. – 2019. – Vol. 48, № 1. – P. S57–S61. Doi: 10.1016/S0960-9776(19)31125-7.

7. Hilton J., Arnaout A., Clemons M. Primary endocrine therapy as an approach for patients with localized breast cancer deemed not to be surgical candidates // Current Opinion in Supportive and Palliative Care. – 2014. – Vol. 8, № 1. – P. 53–58. Doi: 10.1097/SPC.0000000000000026.

8. Chan S., Chan P., Seah M. et al. Limiting the use of primary endocrine therapy in elderly women with breast cancer // Annals of the Academy of Medicine of Singapore. – 2014. – Vol. 43, № 9. – P. 469–472.

9. Ward S., Richards P., Morgan J. et al. Omission of surgery in older women with early breast cancer has an adverse impact on breast cancer-specific survival // British Journal of Surgery. – 2018. – Vol. 105, № 11. – P. 1454–1463. Doi: 10.1002/bjs.10885.

10. Манихас А. Г., Пасекова Д. С. Консервативное лечение пожилых пациенток (старше 65 лет) с ранним гормонзависимым раком молочной железы // Опухоли женской репродуктивной системы. – 2021. – Vol. 17, № 2. – P. 32–39. Doi: 10.17650/1994-4098-2021-17-2-32-38.

11. Syed B., Al-Khyatt W., Johnston S. et al. Long-term clinical outcome of oestrogen receptor-positive operable primary breast cancer in older women: a large series from a single centre // British Journal of Cancer. – 2011. – Vol. 104, № 9. – P. 1393–1400. Doi: 10.17650/10.1038/bjc.2011.105.

12. Morgan J., Burton M., Collins K. et al. The balance of clinician and patient input into treatment decision-making in older women with operable breast cancer // Psycho-Oncology. – 2015. – Vol. 24, № 12. – P. 1761–1766. Doi: 10.1002/pon.3853.

13. Patient-reported factors influencing the treatment decision making process of older women with non-metastatic breast cancer: a systematic review of qualitative evidence / F. Angarita, M. Elmi, Y. Zhang, N. Look Hong // Breast Cancer Research and Treatment. – 2018. – Vol. 171, № 3. – P. 545–564. Doi: 10.1007/s10549-018-4865-0.

14. Why are older women not having surgery for breast cancer? A qualitative study / A. Sowerbutts, A. Griffiths, C. Todd, K. Lavelle // Psycho-Oncology. – 2015. – Vol. 24, № 9. – P. 1036–1042. Doi: 10.1002/pon.3764.

15. Takada K., Kashiwagi S., Asano Y. et al. Prognostic Value of Quality of Life in Endocrine Therapy for Elderly Patients With Breast Cancer: A Retrospective Study // Anticancer Research. – 2019. – Vol. 39, № 6. – P. 2941–2950. Doi: 10.21873/anticancer.13424.

REFERENCES

1. Kaprin A. D., Starinskiy V. V., Shahzadova A. O. The state of cancer care for the population of Russia in 2020. Moscow, MNIIOI of P. A. Herzen – the branch of FSBI «National Medical Research Center of Radiology» of Ministry of Health of Russia. 2021:239. (In Russ.).

2. Kiderlen M., Walsh P., Bastiaannet E., Kelly M., Audisio R., Boelens P., Brown C., Dekkers O., de Craen A., van de Velde C., Liefers G. Treatment Strategies and Survival of Older Breast Cancer Patients – An International Comparison between the Netherlands and Ireland .. PLoS ONE. 2015;10(2):E0118074. Doi: 10.1371/journal.pone.0118074.

3. Panal M., Sanchez-Mendez J., Revello R., Abehsera D., de Santiago J., Zapardiel I. Primary Hormonal Therapy for Elderly Breast Cancer Patients: Single Institution Experience // Gynecologic and Obstetric Investigation. 2015;80(1):10–14. Doi: 10.1159/000368229.

4. Smith I., Fribbens C. Management of breast cancer in older and frail patients // Breast. 2015;(24):S159–S162. Doi: 10.1016/j.breast.2015.07.037.

5. Pepping R., Portielje J., Water W., de Glas N. Primary Endocrine Therapy in Older Women with Breast Cancer // Current Geriatric Reports. 2017;6(4):239–246. Doi: 10.1007/s13670-017-0223-z.

6. Umit Ugurlu M., Gulluoglu B. Impact of older age on local treatment decisions // Breast. 2019; 48(1):S57–S61. Doi: 10.1016/S0960-9776(19)31125-7.

7. Hilton J., Arnaout A., Clemons M. Primary endocrine therapy as an approach for patients with localized breast cancer deemed not to be surgical candidates // Current Opinion in Supportive and Palliative Care. 2014;8(1):53–58. Doi: 10.1097/SPC.0000000000000026.

8. Chan S., Chan P., Seah M., Chen J., Tan E. Limiting the use of primary endocrine therapy in elderly women with breast cancer // Annals of the Academy of Medicine of Singapore. 2014;43(9):469–472.

9. Ward S., Richards P., Morgan J., Holmes G., Broggio J., Collins K., Reed M., Wyld L. Omission of surgery in older

women with early breast cancer has an adverse impact on breast cancer-specific survival // *British Journal of Surgery*. 2018;105(11):1454–1463. Doi: 10.1002/bjs.10885.

10. Manikhas A. G., Pasekova D. S. Conservative treatment of early hormone-dependent breast cancer in elderly patients (65 years and older) // *Tumors of female reproductive system*. 2021;17(2):32–39. (In Russ.). Doi: 10.17650/1994-4098-2021-17-2-32-38.

11. Syed B., Al-Khyatt W., Johnston S., Wong D., Winterbottom L., Kennedy H., Green A., Morgan D., Ellis I., Cheung K. Long-term clinical outcome of oestrogen receptor-positive operable primary breast cancer in older women: a large series from a single centre // *British Journal of Cancer*. 2011;104(9):1393–1400. Doi: 10.17650/10.1038/bjc.2011.105.

12. Morgan J., Burton M., Collins K., Lifford K., Robinson T., Cheung K., Audisio R., Reed M., Wyld L. The balance of clinician and patient input into treatment decision-making

in older women with operable breast cancer // *Psycho-Oncology*. 2015;24(12):1761–1766. Doi: 10.1002/pon.3853.

13. Angarita F., Elmi M., Zhang Y., Look Hong N. Patient-reported factors influencing the treatment decision making process of older women with non-metastatic breast cancer: a systematic review of qualitative evidence // *Breast Cancer Research and Treatment*. 2018;171(3): 545–564. Doi: 10.1007/s10549-018-4865-0.

14. Sowerbutts A., Griffiths A., Todd C., Lavelle K. Why are older women not having surgery for breast cancer? A qualitative study // *Psycho-Oncology*. 2015;24(9):1036–1042. Doi: 10.1002/pon.3764.

15. Takada K., Kashiwagi S., Asano Y., Goto W., Morisaki T., Takahashi K., Shibutani M., Amano R., Takashima T., Tomita S., Hirakawa K., Ohira M. Prognostic Value of Quality of Life in Endocrine Therapy for Elderly Patients With Breast Cancer: A Retrospective Study // *Anticancer Research*. 2019;39(6):2941–2950. Doi: 10.21873/anticancer.13424.

Информация об авторах

Манихас Алексей Георгиевич, доктор медицинских наук, доцент, зав. отделением хирургических методов лечения № 1, Городской клинический онкологический диспансер (Санкт-Петербург, Россия), ORCID: 0000-0001-9616-6635; **Пасекова Дарья Сергеевна**, аспирант кафедры онкологии ФПО, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова (Санкт-Петербург, Россия), врач-онколог отделения хирургических методов лечения № 1, Городской клинический онкологический диспансер (Санкт-Петербург, Россия), ORCID: 0000-0003-1155-6808; **Топузов Эльдар Эскендерович**, доктор медицинских наук, профессор, главный врач, Городской клинический онкологический диспансер (Санкт-Петербург, Россия), ORCID: 0000-0002-2105-2251.

Information about authors

Manikhas Alexey G., Dr. of Sci. (Med.), Associate Professor, Head of the Department of Surgical Methods of Treatment № 1, City Clinical Oncology Center (Saint Petersburg, Russia), ORCID: 0000-0001-9616-6635; **Pasekova Daria S.**, Postgraduate Student of the Department of Oncology of the Faculty of Postgraduate Education, Pavlov University (Saint Petersburg, Russia), Oncologist of the Department of Surgical Methods of Treatment № 1, City Clinical Oncology Center (Saint Petersburg, Russia), ORCID: 0000-0003-1155-6808; **Topuzov Eldar E.**, Dr. of Sci. (Med.), Professor, Chief Physician, City Clinical Oncology Center (Saint Petersburg, Russia), ORCID: 0000-0002-2105-2251.