

*На правах рукописи*

**Няхин Василий Александрович**

**ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ  
ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ПОЗАДИЛОННОЙ  
ПРОСТАТЭКТОМИИ**

**14.00.40 – «Урология»**

**АВТОРЕФЕРАТ**

**диссертации на соискание ученой степени**

**кандидата медицинских наук**

**Москва – 2007**

Работа выполнена в ГОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Росздрава.

**Научный руководитель:**

доктор медицинских наук, профессор Велиев Евгений Ибадович

**Официальные оппоненты:**

Доктор медицинских наук, профессор Пушкарь Дмитрий Юрьевич

Доктор медицинских наук, профессор Сергиенко Николай Фёдорович

**Ведущая организация:** ГОУ ВПО «Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова» Росздрава

Защита состоится « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2007 г. в \_\_\_\_ часов на заседании диссертационного совета Д 208.056.01 при ФГУ «НИИ Урологии» Росмедтехнологий по адресу: 105425, Москва, 3-я Парковая ул. д. 51

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГУ «НИИ Урологии» Росмедтехнологий по адресу: 105425, Москва, 3-я Парковая ул. д. 51

Автореферат разослан « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2007 г

Ученый секретарь диссертационного совета Д 208.056.01  
доктор медицинских наук.

Т.С. Перепанова

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

### Актуальность проблемы

За последние 30 лет во всех странах мира, в том числе и в России, отмечается рост заболеваемости раком простаты (Матвеев Б.П., и соавт., 1998; Степанов В.Н., Лоран О.Б., Пушкарь Д.Ю., 2000; Бухаркин Б.В., Сорокин К.В., 2002). В настоящее время рак простаты одно из наиболее распространенных злокачественных заболеваний у мужчин. Он встречается не только у лиц пожилого возраста, как принято, было считать ранее, но, к сожалению, всё чаще диагностируется у работоспособных мужчин от 40 до 60 лет. В США по статистике рак простаты занимает 1-е место в структуре онкологической заболеваемости, 2-е по частоте летальных исходов у онкологических больных и 4-е среди всех причин мужской смертности (Brawer M.K. et al., 1999; Chang S.S. et al, 2000). В России распространённость рака простаты также высока и особое беспокойство вызывает тот факт, что ежегодный прирост заболеваемости составляет 5,7%, а смертности – 4,8%, причём среди мужчин 40 – 49 лет прирост заболеваемости вырос более чем в 3 раза (Мерабишвили В.М., 2002). По данным Б.П. Матвеева и соавт. (1998) рак простаты в России по величине прироста (темп прироста 31,4%) занимает 2-е место после меланомы кожи (35%) и значительно превосходит показатели злокачественных заболеваний легкого (5%) и желудка (10,2%). Таким образом, рак простаты в нашей стране является также широко распространённым заболеванием с высокими показателями темпов прироста заболеваемости и смертности. За период с 1988 – 1997 гг. в США отмечено снижение показателей смертности от рака простаты с 34 до 19 на 100 000 населения, что связывают с осуществлением программ по ранней диагностике локализованных форм, когда возможно радикальное лечение.

Как известно, прогноз для больных раком простаты зависит от характера опухоли: одни остаются латентными многие годы, а другие – быстро прогрессируют и метастазируют (Walsh P.C., 1999; Schapira M.M. et al., 2001) и

вида лечения (Пожарисский К.М., Воробьев А.В., 2001). В России активно осуществляются программы по ранней диагностике рака простаты, что сопровождается увеличением числа пациентов с локализованными формами заболевания и ростом количества выполняемых радикальных оперативных вмешательств, снижением осложнений и необходимостью улучшения качества жизни данных пациентов (Сивков А.В., Аполихин О.И., 2002; Матвеев Б.П. и соавт., 2003). За последние десятилетия благодаря применению методов ранней диагностики и более точному стадированию заболевания, а также усовершенствованию методики радикальной позадилоной простатэктомии всё чаще удаётся полностью излечить пациентов при невысокой частоте возможных побочных эффектов и сохранить, а в ряде случаев и повысить дооперационное качество жизни (Петров С.Б., Велиев Е.И., 1999).

#### **Цель исследования:**

Оценить функциональные результаты и качество жизни пациентов до и на различных сроках после радикальной позадилоной простатэктомии в зависимости от возраста и возможного развития биохимического рецидива.

#### **Задачи исследования:**

1. Определить состояние функции мочеиспускания и степень влияния возможных её изменений на параметры качества жизни до и после радикальной позадилоной простатэктомии, в том числе в зависимости от возраста и развития биохимического рецидива.
2. Оценить состояние сексуальной функции и её влияние на параметры качества жизни до и после радикальной позадилоной простатэктомии в зависимости от возраста, развития рецидива и проводимого гормонального лечения.
3. Оценить состояние функции кишечника и влияние возможных изменений на параметры качества жизни до и после радикальной позадилоной простатэктомии в зависимости от возраста и развития биохимического рецидива.

4. Выявить и оценить параметры общего состояния после радикальной позадилоной простатэктомии и их влияние на качество жизни, в зависимости от возраста и возможного развития биохимического рецидива, сопровождающегося антиандрогенной терапией.
5. Охарактеризовать общее качество жизни пациентов после радикальной позадилоной простатэктомии с учётом изменений всех затрагиваемых систем и функций организма, а также обеспокоенность и удовлетворенность пациентов проведённым лечением.

#### **Научная новизна:**

1. Разработанная модель оценки качества жизни у пациентов с локализованным раком простаты до и после радикальной позадилоной простатэктомии с использованием специального опросника PC – QoL позволяет проводить мониторинг состояния на этапах лечения. Данная модель и опросник могут быть применимы также и при оценке качества жизни у пациентов на других стадиях заболевания.
2. Проанализированные в большой выборке больных и наиболее длительных в России сроках наблюдения результаты радикальной позадилоной простатэктомии помогут врачам шире ориентироваться при выборе метода лечения локализованного рака простаты.
3. Исследованная субъективная оценка функциональных результатов после радикальной позадилоной простатэктомии (функции мочеиспускания и удержания мочи, сексуальной и кишечной функций) и качества жизни в зависимости от послеоперационного срока, возраста и биохимического рецидива заболевания позволит пациентам получить собственное представление и сформулировать личное отношение к возможным осложнениям.
4. Описанные ориентировочные сроки и степень восстановления мочевого, сексуальной и кишечной функций, параметров общего состояния, сопровождающихся обеспокоенностью, позволит индивидуализировать

лечение и сформулировать приоритетность восстановления и улучшения той или иной функции организма и качества жизни.

### **Практическая значимость:**

Разработанная модель оценки качества жизни у больных с раком простаты может применяться как для научных исследований с целью более широкого изучения вопросов качества жизни пациентов при сравнении различных методов лечения, так и в практическом здравоохранении при проведении мониторинга состояния и качества жизни пациентов для оценки результатов, а при необходимости и коррекции лечения.

### **Положения, выносимые на защиту:**

1. Оценка качества жизни является неотъемлемой частью в мониторинге состояния пациентов при оргауноносящем лечении, в том числе после радикальной позадилоной простатэктомии.
2. Степень нарушения или дефицита функций организма не всегда прямо пропорционально влияет на обеспокоенность пациентом данными изменениями и носит сугубо индивидуальный характер.
3. Несмотря на снижение сексуальной функции, качество жизни после радикальной позадилоной простатэктомии в целом оценивается пациентами выше, чем до операции.
4. При рецидиве рака простаты и проведении комбинированного лечения отмечается снижение качества жизни, что связано как с самим рецидивом заболевания, так и с проводимой гормональной терапией.

### **Публикации:**

По теме диссертации опубликовано 12 печатных работ, из них 1 в центральной печати.

### **Апробация работы:**

Апробация работы проведена на научной конференции сотрудников кафедры урологии и хирургической андрологии Российской медицинской академии последипломного образования на базе городской клинической

больницы им. С.П. Боткина (Москва) 1 декабря 2006 г. и заседании Координационного Совета №3 Федерального государственного учреждения Научно-исследовательского института урологии Росмедтехнологий 21 мая 2007 г. (Москва).

Материалы диссертации доложены:

- на 3-ем Российском научном форуме. Мужское здоровье и долголетие в рамках одноименной 3-й Международной медицинской выставки. 16 февраля 2005 г Москва
- на 1-й Международной выставке «Медицина 2005. Всероссийский научный форум. Новые технологии в урологии». 12 апреля 2005 г. Москва
- на Всероссийской конференции Мужское здоровье. 20 октября 2005 г. Москва
- на Московском обществе урологов, заседание № 1036, 25 апреля 2006 г. Москва
- на 1-м Международном конгрессе по репродуктивной медицине. 10 июня 2006 г. Москва

#### **Внедрение результатов в практику:**

Используемая нами в исследовании анкета-опросник применяется в комплексе дооперационной и послеоперационной оценки функционального состояния и качества жизни пациентов в урологическом отделении городской клинической больницы им. С.П. Боткина и на кафедре урологии и хирургической андрологии Российской медицинской академии последипломного образования. Фрагменты работы входят в лекционный материал для курсантов, ординаторов и аспирантов кафедры урологии и хирургической андрологии Российской медицинской академии последипломного образования.

#### **Объем и структура работы:**

Материалы диссертации изложены на 208 страницах машинописного текста, включают 102 рисунка и 3 таблицы. Диссертация состоит из введения, обзора литературы, материалов и методов, результатов исследования, общего

заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы и табличного приложения с цифровыми результатами проведённой статистической обработки полученного материала. Обзор литературы включает 13 отечественных и 140 зарубежных источников.

## **СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ, ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ И МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ**

В исследование были включены 244 анкеты-опросника, заполненные 148 пациентами с диагнозом локализованного рака простаты, установленным на основании комплексного обследования, которым проводили оперативное лечение в объёме радикальной позадилоной простатэктомии в период с 1997 по 2005 г. Для исследования использовали опросник оценки качества жизни пациентов до и после лечения по поводу рака простаты, разработанный R.V. Giesler и M.W. Kattan в 2000 году и любезно предоставленный нам по запросу. Опросник использовался в полной оригинальной версии. Перевод, на русский язык был осуществлён совместно с сотрудником кафедры иностранных языков Российской медицинской академии последипломного образования. Психометрические характеристики опросника PC-QoL свидетельствуют о высокой достоверности, надёжности и чувствительности методики, а также о хорошей внутренней согласованности вопросов анкеты (величина альфа Кронбаха составляет более 0,80).

Предоперационный диагностический комплекс включал общий клинический осмотр и пальцевое ректальное исследование, лабораторную диагностику с определением общего простатического специфического антигена, трансректальное ультразвуковое исследование с проведением мультифокальной трансректальной биопсии простаты и последующее гистологическое исследование полученного материала. Морфологическое исследование удалённого в результате простатэктомии комплекса проводили с обязательным определением степени дифференцировки опухоли по шкале



Глисона. Средний возраст пациентов на момент операции составил 63,8 (49 – 74) года. Из общего количества собранных 244 анкет 48 были заполнены пациентами до оперативного лечения и 196 на различных сроках после радикальной позадилоной простатэктомии; в том числе в возрасте до 65 лет 97 анкет и 99 анкет от пациентов 65 лет и старше на момент операции, 55 анкет от пациентов с развившимся рецидивом и 141 без такового в послеоперационном периоде. Средний уровень простатического специфического антигена до операции составил 15,93 (1,8 – 69) нг/мл. Число анкет в зависимости от патоморфологической стадии рака простаты (pT) в группе после операции оказалось следующим: 8 – pT<sub>1</sub>, 39 – pT<sub>2a</sub>, 10 – pT<sub>2b</sub>, 36 – pT<sub>2c</sub>, 53 – pT<sub>3a</sub>, 45 – pT<sub>3b</sub>, 5 – pT<sub>4</sub>. При определении стадии процесса пользовались классификацией TNM 6-го пересмотра (2002), рекомендованной Международным союзом против рака совместно с Американским единым комитетом по раку (International Union against Cancer and American Joint Committee on Cancer).

Распределение анкет в зависимости от наличия или отсутствия рецидива рака простаты приведено в таблице (таб. 1).

Таб. 1. Число анкет в группах в различные сроки опроса после радикальной простатэктомии в зависимости от рецидива

Сроки опроса, мес.	Количество анкет	Группа с рецидивом	Группа без рецидива
3	25	3(12%)	22(88%)
6	15	5(34%)	10(66%)
9	18	2(12%)	16(88%)
12	20	3(15%)	17(85%)
18	12	0(0%)	12(100%)
24	31	13(62%)	18(38%)
36	25	9(36%)	16(34%)
48	22	7(32%)	15(68%)
Более 60	28	13(46%)	15(54%)

Распределение анкет, представленных пациентами с рецидивом и без такового в зависимости от патоморфологической обоснованности локализованности процесса выглядит следующим образом: стадия pT<sub>3-4</sub> – 48 с рецидивом заболевания и 58 без рецидива, pT<sub>1-2c</sub> – с рецидивом 7 и 83 без такового. При развитии рецидива рака простаты проводилось комбинированное лечение: 7 пациентам – орхидэктомия, 55 – гормональная терапия и 3 пациентам – наружная лучевая терапия.

Пациентам после установления диагноза рака простаты по данным простатического специфического антигена, пальцевого ректального исследования и мультифокальной биопсии простаты, выполняли радикальную позадилонную простатэктомию в комбинации с тазовой лимфоаденэктомией, или без таковой. Удаленные в ходе операции простату и семенные пузырьки, а также тазовые лимфатические узлы подвергали тщательному патоморфологическому исследованию, с оценкой степени дифференцировки опухоли по шкале Глисона. На основании полученных данных устанавливали патоморфологическую стадию рака простаты (pT).

Для изучения качества жизни пациентов проводили опрос до, и после простатэктомии и полученные анкеты перед анализом группировали по срокам проведения опроса, наличию биохимического рецидива и возрасту пациентов на момент операции (до 65 лет и от 65 лет и старше). Пациентам, оперированным в Санкт-Петербурге в клинике урологии Военной медицинской академии им. С.М. Кирова и Научно-исследовательском институте онкологии им. Н.Н. Петрова с 1996 по 2003 г., после получения по телефону их согласия на анкетирование было разослано в два этапа более 200 анкет (опросников), возвращено 119 заполненных и пригодных к исследованию. Пациенты, оперированные в клинике урологии Российской медицинской академии последипломного образования (Москва) интервьюировались и анкетировались до операции и в 3, 6, 9, 12 и 18 месяцев после радикальной позадилонной простатэктомии. Таким образом, опрос пациентов до 9 месяцев наблюдения

носил сугубо мониторинговый характер (т.е. их ответы оценивались на протяжении различных сроков, а исследование носило продольный характер). Начиная с 12 мес. наблюдения, ответы собраны посредством нескольких опросов (мониторингового исследования на базе Российской медицинской академии последипломного образования и двух однократно проводимых опросов ранее оперированных пациентов), в последних нами отмечено явное превалирование откликов среди тех, кто на момент опроса имел те или иные проблемы со здоровьем, что можно логично было объяснить с их стороны поиском пути их решения.

Обработку цифрового материала производили с использованием Microsoft Office Excel 2003 и прикладного статистического пакета Statistica 6.0. Рассчитывали абсолютные и относительные величины, средний балл ответов на вопрос, среднее квадратическое отклонение; использовали t-критерий Стьюдента и u-критерий Манн-Уитни, а также моду – как показатель наиболее часто встречающегося варианта ответа в группах сравнения.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ**

При анализе ответов пациентов на вопросы анкеты, характеризующие функцию мочеиспускания и удержания мочи, как наиболее часто нарушающиеся при радикальной простатэктомии, а также динамику их восстановления, нами установлено раннее восстановление функции удержания мочи у большинства оперированных. Следует отметить, что определение «недержания мочи» и частота его встречаемости после радикальной позадилоной простатэктомии трактуется по-разному в литературе, в зависимости от того, как врачи и пациенты подходят к оценке данного понятия. Частота недержания после радикальной простатэктомии колеблется от 6 до 69% и определяется в частности, как техникой оперативного пособия (Aseltine R.H. et al., 1995; Eastham J.A. et al., 1996; Wei J.T. et al., 2000), так и использованием различными авторами несоизмеримых классификаций для его определения (Wei J.T. et al.,

2000). В группе опрошенных нами пациентов до операции у 25% отмечались явления недержания мочи, из которых у 83,2% – в количестве всего нескольких капель, и у 16,8% респондентов в большем количестве. Начиная с 6 мес. наблюдения, частота недержания мочи от одного раза в день и более резко снижается, а процент полностью удерживающих мочу пациентов, возрастает более чем вдвое, достигая 60%, что существенно в сравнении с 75% из пациентов до операции, которые отмечали полное удержание (рис.1).

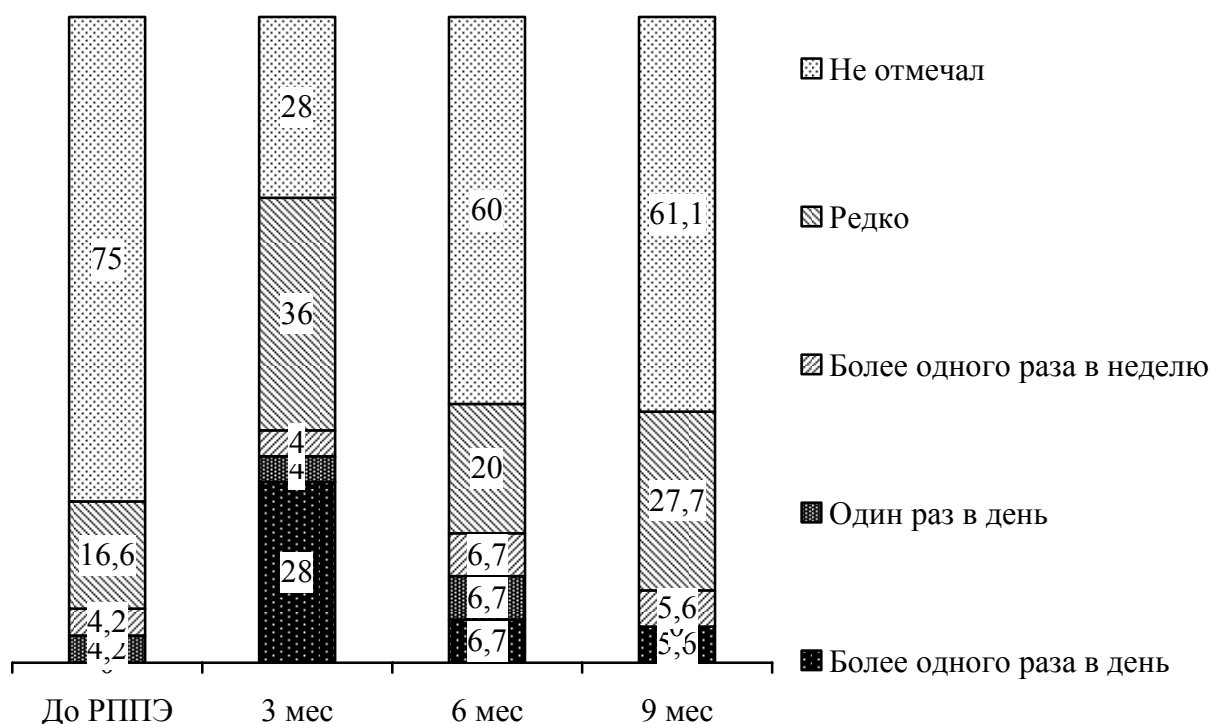


Рис. 1. Частота недержания мочи. (Мониторинг.)

Важную роль играет не только частота недержания мочи, но и количество выделяющейся при этом мочи. Так, через 9 мес. после перенесённой простатэктомии, если судить по ответам на второй вопрос, до 66,7% пациентов полностью удерживают мочу, и лишь 33,3% пациентов отмечают какое-либо количество её самопроизвольного выделения, из них 27,8% в количестве всего нескольких капель и 5,6% – менее 15 мл (одна столовая ложка) (рис.2).

Достоверно чаще использовали прокладки пациенты в группе от 65 лет и старше – 38,4% и 22,7% в группе до 65 лет;  $p < 0,02$ . Очень сильно разнятся показатели частоты использования прокладок по данным литературы. Так J.

Talcott и соавт. (1997) сообщили, что спустя 12 мес. после простатэктомии 35% пациентов пользовались прокладками, а по данным P. Walsh и соавт. (2000) только 7%, несмотря на использование, казалось бы, того же определения. G. Wei и соавт. (2000) сообщили о нормах континенции, варьирувавших от 43% до 84% в зависимости от того, было ли определение строгим, как полное удержание, или менее строгим, как использование не более одной прокладки ежедневно.

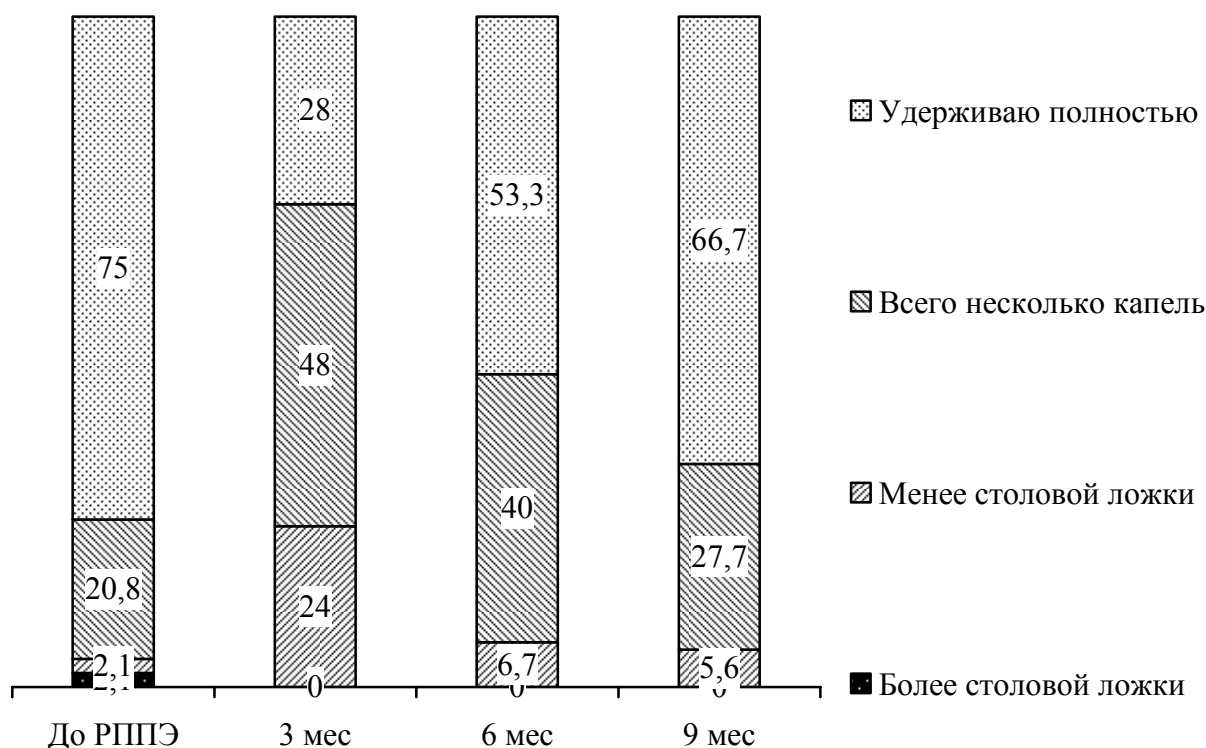


Рис. 2. Количество мочи, выделяющееся в случае недержания. (Мониторинг.)

Эти различия являются как следствием разной хирургической техники, так и использованием различных подходов к оценке. Результаты, полученные D.S. Smith (2000) при опросе спустя 12 мес., свидетельствуют, что 45% мужчин моложе 70 лет полностью удерживали мочу. Полученные нами данные соотношения пациентов использующих защитные прокладки, рекомендуемые в клинике всем в раннем послеоперационном периоде, представлены в приведённой таблице (таб. 2).

Таблица 2. Количество пациентов, использующих прокладки.

Количество пациентов	время опроса			
	до РППЭ	3 мес.	6 мес.	9 мес.
Пациенты с недержанием мочи от общего числа пациентов	25%(12/48)	72%(18/25)	40%(6/15)	39%(7/18)
Пациенты, пользующиеся прокладками от общего числа пациентов	4%(2/48)	44%(11/25)	20%(3/15)	11%(2/18)
Пациенты, пользующиеся прокладками от общего числа пациентов с недержанием	17%(2/12)	61%(11/18)	50%(3/6)	29%(2/7)

В группе опрошенных до операции 20,8%(10/48) респондентов несколько чаще отмечали недержание мочи на фоне императивного позыва, при опросе через 3 мес. об этом сообщили 16%(4/25), а через 9 мес. – 5,6%(1/18), что достоверно ниже;  $p < 0,03$ . Подобное соотношение сохранялось и при опросе в более отдалённые сроки после радикальной позадилоной простатэктомии. Почти всегда при появлении позыва могли воздержаться от мочеиспускания в группе до операции лишь 43,8%(21/48) пациентов, через 3 мес. после операции 72%(18/25) и спустя 12 мес. 85%(17/20) пациентов, что достоверно выше;  $p < 0,02$ . Такая же картина наблюдалась и при последующих опросах.

Не испытывали необходимости мочиться чаще чем через 2 ч после последнего мочеиспускания до операции 54,2%(26/48) пациентов, через 3 мес. 56%(14/25), а спустя 6 мес. после операции 80%(12/15), что достоверно выше ( $p < 0,02$ ), однако подобная тенденция неодинакова в различных группах. При анализе динамики потребности в ночных мочеиспусканиях отмечалась тенденция в сторону их уменьшения, хотя и не подтверждённая достоверно.

Какой-либо степени ослабления струи мочи до оперативного вмешательства не зафиксировали всего 29,2%(14/48) пациентов, а при последующих опросах об этом не сообщали уже от 60 до 80% респондентов. Ощущения неполного опорожнения мочевого пузыря не наблюдали или отмечали крайне редко 62,5%(30/48) пациентов, опрошенных до операции, а через 12 мес. – 95%(19/20), что достоверно выше;  $p < 0,01$ .

Не применяли лекарственных средств, улучшающих мочеиспускание в течение месяца предшествующего опросу в группе до операции 72,9%(35/48), а в различные сроки после операции – от 90 до 100% опрошенных. Ограничений социальной активности в связи с функционированием мочевыделительной системы не отмечали в группе до операции 60,4%(29/48), к 9-му мес. 77,7(14/18) пациентов. Не придавали серьёзного значения состоянию функции мочеиспускания 31,3%(15/48) в группе до операции и 61,1%(11/18) пациентов спустя 9 мес.;  $p < 0,01$ . Чувства неловкости или стыда по этому поводу не испытывали до операции 62,5%(30/48), а через 1 год после операции 80%(16/20) пациентов, однако достоверности различий не зафиксировано, что объясняется широким диапазоном ответов в группах и различными личностными вариациями. Не отмечали отрицательного влияния нарушений функции мочеиспускания на качество жизни 52,1%(25/48) опрошенных до операции и 72,2%(13/18) спустя 9 мес., без подтверждения достоверности различий, что также объясняется сугубо индивидуальным отношением.

В ответах на вопросы, характеризующие сексуальную функцию, зафиксированы невысокие показатели как эректильной составляющей и либидо, так и актуальности сохранения и повышения данной функции, что связано также с отбором и предоперационной информированностью пациентов о высокой вероятности её утраты при оперативной технике без сохранения сосудисто-нервного пучка. Так, в группе опрошенных до операции лишь 39,6%(19/48) пациентов при общении с супругой или половой партнёршей отмечали появление эрекции всегда или почти всегда, и только 22,9%(11/48)

никогда не испытывали трудностей с интродукцией полового члена. На протяжении месяца, предшествующего опросу, не использовали препараты из группы ингибиторов фосфодиэстеразы 94%(45/48) пациентов до радикальной позадилоной простатэктомии и не пытались её восстановить, а те, у кого она была снижена – улучшить. При последующих опросах сохранялась та же тенденция: примерно 90% не использовали данных препаратов и это косвенно характеризует невысокую значимость сохранения данной функции для опрошенной группы пациентов. Достоверно чаще 97%(96/99) пациентов старше 65 лет не пользовались препаратами данной группы и 88,7%(86/97) моложе 65 лет;  $p < 0,02$ . Из опроса в динамике установлено, что через 3 мес. эрекции при общении с партнёром не отмечал никто, а при опросах в более поздние сроки об этом сообщают 75% пациентов. Нами установлено, что степень эректильной дисфункции достоверно выше в группе старше 65 лет – 96%(95/99) против 86,6%(84/97);  $p < 0,02$ . Также достоверно большее количество пациентов старшего возраста, примерно 90%, не совершали попыток половых сношений в течение последних 4 нед., против 78% в возрасте до 65 лет, где до операции их число составляло 27%(13/48). По данным Н. Borchers (2006), до простатэктомии 57,8%(74/128) пациентов сообщили об эрекциях, достаточных для совершения полового акта. Из них 8,1%(6/74) отмечали эрекции через 12 мес. после операции с периодичностью до 1 – 5 раз в неделю, хотя они были недостаточны для полноценного полового акта. Это свидетельствует о том, что пациенты, перенёвшие стандартную радикальную позадилоную простатэктомию с широким иссечением сосудисто-нервных пучков, имеют малые шансы для восстановления самостоятельной эрекции, достаточной для совершения полового акта.

О полном отсутствии либидо до операции нам сообщили 10%(5/48) и после операции в возрасте до 65 лет – 46,4%(45/97), старше 65 лет – 65,7%(65/99), а в группе без рецидива и в группе с таковым соответственно – 51,1%(72/141) и 69,1%(38/55). Все различия достоверны;  $p < 0,02$ . Ответили, что



проблемы сексуальной дисфункции не влияют на отношения с супругой или половым партнёром в группе до операции 54%(26/48). Через 3 мес. 76%(19/25). В группе до 65 лет 61,9%(60/97) и группе старше 65 лет 80,8%(80/99);  $p < 0,05$ . В группе без рецидива 69,5%(98/141) и 76,4%(42/55) в группе с таковым, но без достоверности различий.

При анализе ответов на вопросы, характеризующие состояние кишечной функции, явной достоверной динамики в разнице ответов в зависимости от срока опроса, возраста пациентов наличия биохимического рецидива не зафиксировано, за небольшим исключением. Пациенты с рецидивом заболевания, хотя и редко, но достоверно чаще отмечали склонность к послаблению стула;  $p < 0,05$ . Пациенты старшего возраста чаще, хотя в целом и достаточно редко, испытывали болезненные ощущения при опорожнении кишечника: 13,4%(13/97) в группе до 65 лет и 26,3%(26/99) в группе старше 65 лет;  $p < 0,02$ . В связи, с чем отмечалось и достоверно большее влияние на качество жизни. Так, никогда не отмечали отрицательного влияния на качество жизни проблем, связанных с функционированием кишечника, в группе до 65 лет 78,4%(76/97) пациентов, а в группе старше 65 лет 62,6%(62/99), что достоверно ниже;  $p < 0,02$ .

Практически все исследователи делают вывод, что радикальная простатэктомия не повреждает общее здоровье и связанное с ним КЖ, в конечном счете (спустя 6 – 12 мес. после установления диагноза и проведения операции) (Litwin M.S. et al., 1995; Sanchez-Ortiz R.F. et al., 2000; Schapira M.M., et al., 2001). Большинство пациентов в различные сроки после оперативного вмешательства характеризуют общее состояние как хорошее и практически не чувствуют слабости или чувствуют себя бодрыми и сильными. Однако в группе с рецидивом заболевания пациенты чаще отмечали проявления слабости в той или иной степени. Так, достоверно чаще ( $p < 0,05$ ) ощущали небольшую слабость в группе с рецидивом 40%(22/55), против 28,8%(35/141) пациентов без рецидива.

Об отсутствии серьёзной значимости изменений общего статуса сообщили 70,9%(100/141) и 49,1%(27/55) опрошенных, ( $p < 0,01$ ), охарактеризовали как незначительную проблему 16,3%(23/141) и 30,9%(17/55);  $p < 0,04$  в группах без рецидива и с рецидивом рака простаты соответственно. Никаких достоверно значимых различий во влиянии на качество жизни в зависимости от применяемых нами способов группировки пациентов не зафиксировано. О влиянии этих изменений на эмоциональном уровне можно судить по разнице ответов, полученных в сравниваемых группах. Так, не отмечали никакого влияния данных изменений 80,1%(113/141) пациентов без рецидива и 60%(33/55) с рецидивом;  $p < 0,01$ . В группе с рецидивом несколько выше была обеспокоенность этими явлениями. Так умеренное беспокойство в группе без рецидива проявляли 10,6%(15/141) и 23,6%(13/55) пациентов с рецидивом;  $p < 0,04$ .

Нами собраны и проанализированы ответы на вопросы об обеспокоенности уровнем простатического специфического антигена, возможностью прогрессирования заболевания и влиянии этой обеспокоенности на качество жизни пациента, а так же обеспокоенности эффективностью выбранного метода лечения и возможным развитием определённого спектра, специфичных для данного метода лечения осложнений. Так, в группе опрошенных до операции, все пациенты были очень обеспокоены уровнем простатического специфического антигена. Через 3 мес. после операции ситуация диаметрально меняется и 76%(19/25) не испытывали никакого беспокойства. Средний балл вопроса в группе до операции составлял  $11 \pm 16$ , в группе без рецидива заболевания  $78,1 \pm 19,9$ , а с рецидивом  $66,5 \pm 28,2$ ;  $p < 0,02$ . Выясняя, насколько часто обеспокоенность уровнем простатического специфического антигена оказывала влияние на качество жизни, в группе до операции установлено, что лишь 2,1%(1/48) не отмечали данного влияния, а при последующих опросах после операции картина ответов также диаметрально противоположна. Где средний балл ответов в группе до операции составил  $16 \pm 20,5$ , а в 3 мес.  $85 \pm 14,5$

и сохранялся близким к этому уровню при последующих опросах, но в группе с рецидивом заболевания был достоверно ниже  $65,1 \pm 26,1$ , против  $80,1 \pm 19,9$  в группе без такового;  $p < 0,05$ . В вопросе, каким Вы думаете, будет следующий результат анализа простатического специфического антигена, если не предпринимать никаких мер. В группе до операции почти все пациенты ответили, что результаты анализа будут неутешительными, а 70,8% отметили, что даже очень неутешительным. Через 3 мес., ответы «Очень неутешительным» и «Умеренно неутешительным» не выбрал никто, а через 6 мес. «Умеренно неутешительным» – 6,7% пациентов. Средний балл в группе до операции составил  $9 \pm 17,9$ , через 3 мес.  $75 \pm 14,5$ , в группе без рецидива  $72,3 \pm 17,1$  и в группе с рецидивом  $62,5 \pm 21,7$ ;  $p < 0,01$ . Оценивая удовлетворённость в проведённом лечении можно констатировать, что через 3 мес. после операции неудовлетворенны были 4%(1/25), а спустя 6 мес. какой-либо степени неудовлетворённости не зарегистрировано. Средний балл в группе до операции составил  $98 \pm 6,9$ , через 3 мес.  $78 \pm 22,4$ , в группе без рецидива  $73,9 \pm 19,8$  и с рецидивом  $65,4 \pm 19,7$ ;  $p < 0,05$ . Удовлетворённость выбранным методом лечения при группировке в зависимости от возраста и биохимического рецидива приведена ниже (рис. 3).

При оценке ответов об обеспокоенности эффективностью выбранного метода лечения получили следующее: не были обеспокоены в группе до операции 39,6%(19/48), через 3 мес. 44%(11/25), через 6 мес. 60%(9/15). Средний балл до операции составил  $72,0 \pm 28,6$ , в 3 мес.  $75,0 \pm 26,0$ . Достоверных различий среднего балла между группами в зависимости от наличия или отсутствия рецидива не получено:  $75,1 \pm 28,8$  против  $65,4 \pm 19,7$ . В группе до операции только 2,1%(1/48) не были обеспокоены возможностью прогрессирования заболевания, через 3 мес. 48%(12/25), через 6 мес. 66,7%(9/15).

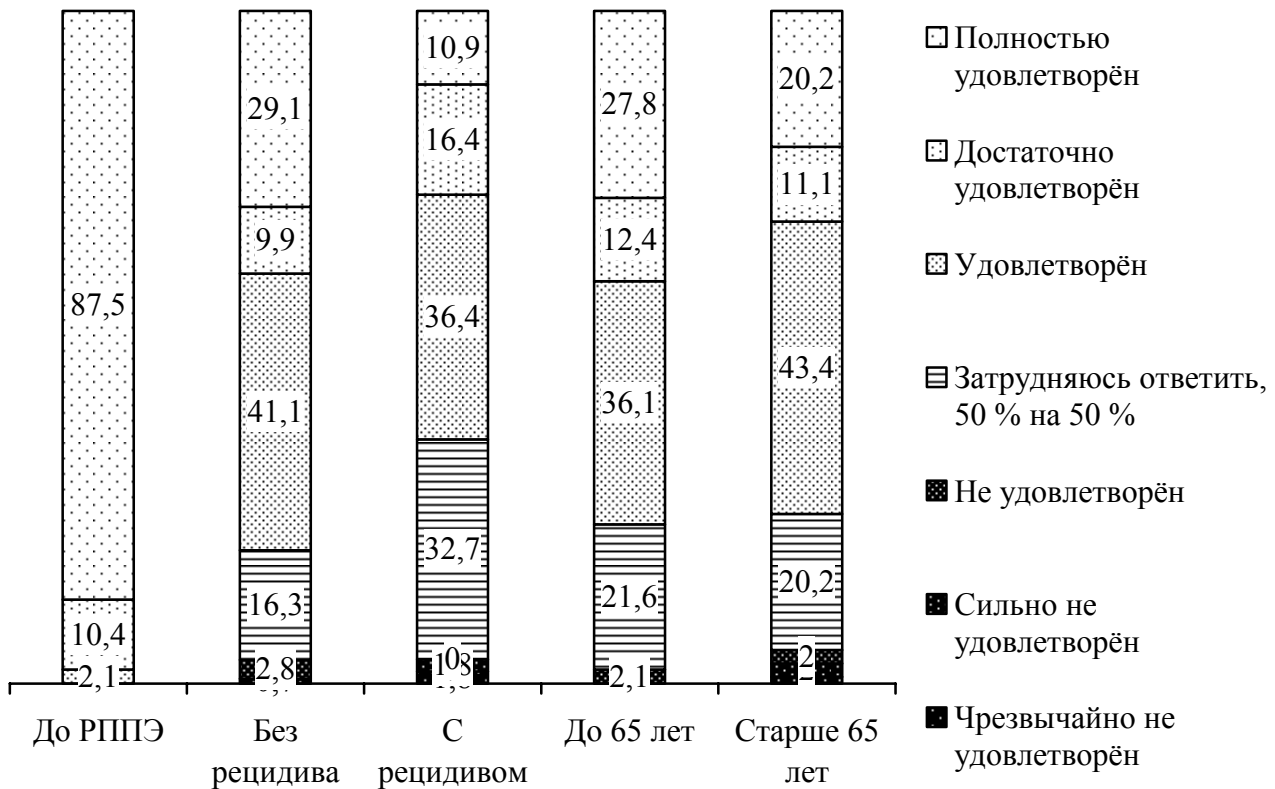


Рис. 3. Удовлетворённость методом лечения. (В зависимости от возраста и наличия рецидива, включая пациентов и не из группы мониторинга.)

Обеспокоенности со стороны лечащего врача не фиксировали до операции 2,1%(1/48), через 3 мес. у 80%(20/25). Средний балл до операции составил  $10,0 \pm 15,6$ , а через 3 мес.  $91,0 \pm 20,5$ , в группе без рецидива  $94,5 \pm 17,6$ , а в группе с таковым  $82,4 \pm 27,8$ ;  $p < 0,05$ . В группах оперированных больных выясняли влияние возможных послеоперационных осложнений на выбор метода лечения. Через 3 мес. после операции 12%(3/25) затруднились ответить, а остальные ответили утвердительно, через 6 мес. затруднились ответить только 6,7%(1/15), а все остальные дали положительные ответы. При опросе в 6 мес. по данным Као Тзу-Чег (2000) 77,5% пациентов сообщили о том, что вновь выбрали бы данный метод лечения. Средний балл ответа в группе до операции составил  $98 \pm 7$ , при опросе через 3 мес.  $85,0 \pm 17,7$ , в группе без рецидива  $79,6 \pm 22,1$ , а с рецидивом  $74,1 \pm 24,9$ ; достоверной разницы не отмечено. Различия были достоверны в группах до 65 лет и от 65 лет и старше –  $82,2 \pm 19,7$  и  $73,9 \pm 25,2$ ;  $p < 0,05$ .

Посоветовать другому больному данный метод лечения в группе до операции готовы определённно точно 89,6%(43/48), скорее всего да 6,2%(3/48) и затруднились ответить 16%(2/48) пациентов. Через 3 мес. после операции эти же ответы дали соответственно: 48%(12/25), 36%(9/25) 16%(4/25), а через 6 мес. – 66,7%(10/15), 26,7%(4/15), 6,7%(10/15) из опрошенных пациентов. А достоверной разницы в ответах между группой с рецидивом и без рецидива не отмечено (рис. 4).

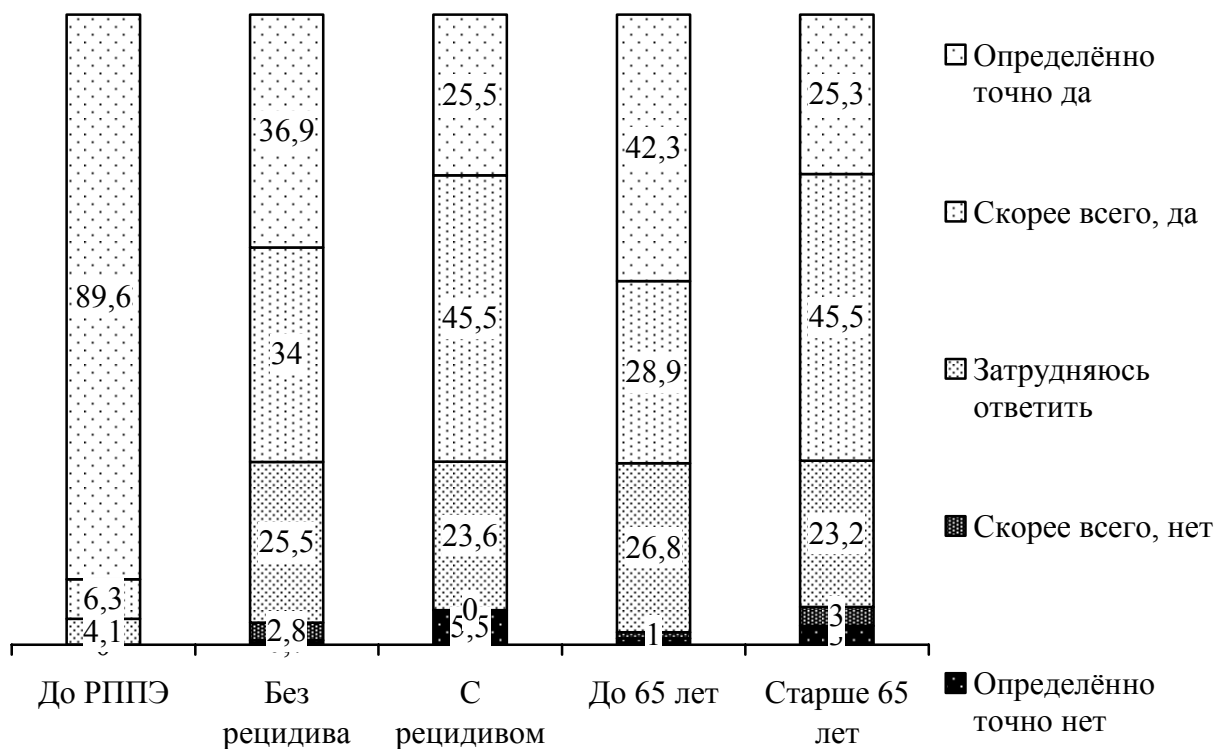


Рис. 4. Готовность посоветовать аналогичному пациенту данный метод лечения. (В зависимости от возраста и наличия рецидива, включая пациентов и не из группы мониторинга.)

Общее качество жизни оценивается пациентами после радикальной позадилонной простатэктомии выше, чем до операции и оценка напрямую связана с отсутствием или наличием рецидива заболевания. Хотя качество жизни и снижается при наступлении рецидива, но, тем не менее, оценивается пациентами выше, чем до операции (рис. 5).

Во всех группах опроса вне зависимости от сроков после оперативного лечения, возраста и наличия рецидива заболевания достоверность различий

среднего балла с дооперационными показателями фиксировалась при  $p < 0,01$  в пользу послеоперационных групп. Также высока достоверность различий в сравнении группы без рецидива заболевания, средний балл  $72,2 \pm 18,9$  с группой имеющей таковой  $63,2 \pm 17,5$ , при  $p < 0,01$ , а достоверности различий в качестве жизни пациентов после операции при нашей возрастной группировке не зафиксировано.

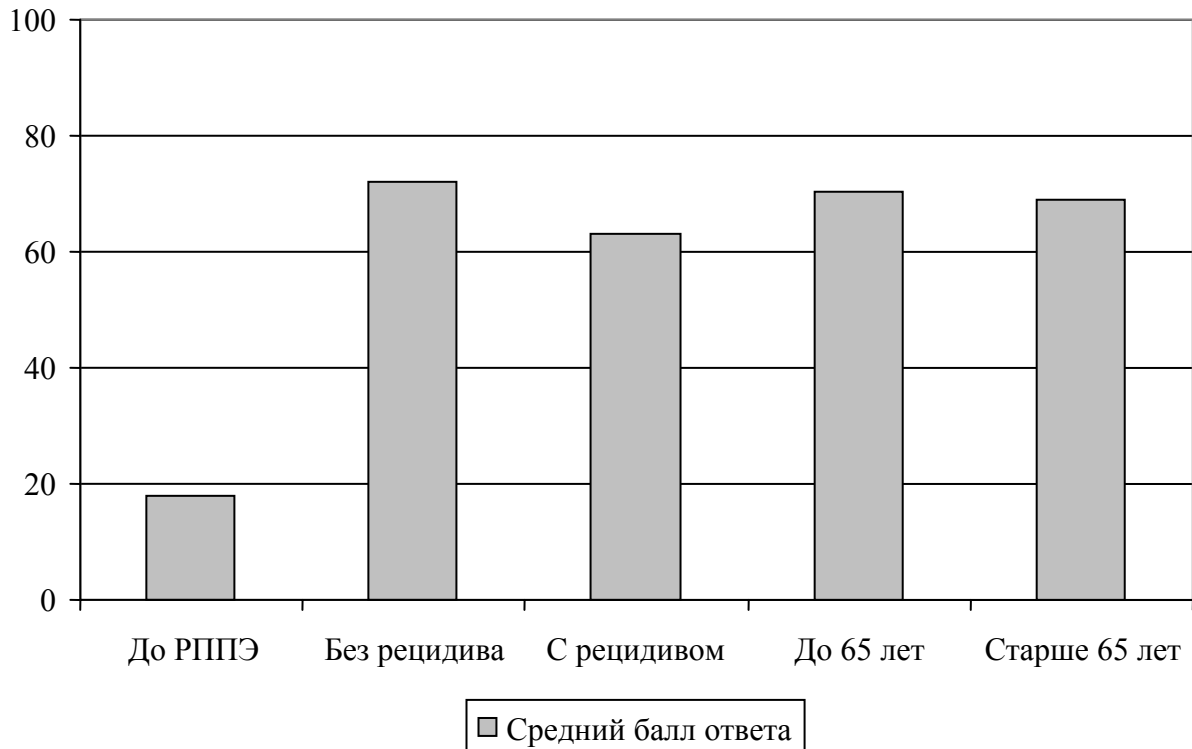


Рис. 5. Числовое значение, которое наилучшим образом отражает субъективное состояние здоровья, где 0-наихудшие, 100-наилучшие состояние здоровья и качества жизни (В зависимости от возраста или наличия рецидива, включая пациентов и не из группы мониторинга.)

Учитывая данную совокупную субъективную оценку, становится понятным, почему большинство пациентов, переносящих радикальную позадилоновую простатэктомию, «голосовало» бы за неё снова. Предотвращение основных осложнений радикальной позадилоновой простатэктомии зависит главным образом от высококачественной хирургической техники. А в случае развития послеоперационных осложнений, таких как недержание мочи, или эректильная дисфункция и их отрицательном влиянии на качество жизни,

большинство пациентов могут достаточно эффективно бороться с ними различными методами доступными в настоящее время в урологии.

### **Выводы:**

1. Пациенты после радикальной позадилоной простатэктомии несмотря на явления недержания мочи слабой степени в 39% в 9 мес., чем до операции (25%), оценивают параметры качества жизни, связанные с функцией мочеиспускания выше. Ограничения социальной активности или влияния на качество жизни через 9 мес. не отметили 77,8% в сравнении с 60,4% и 62,5% пациентами до операции.
2. Сексуальная функция имеет небольшую значимость для пациентов после радикальной позадилоной простатэктомии. Так об этом сообщили 76,3% в группе до 65 лет и 92,9% в группе от 65 лет и старше после радикальной позадилоной простатэктомии в сравнении с 27,1% до операции. Предоперационная информированность пациентов о высокой степени вероятности утраты сексуальной функции позволяет уменьшить её значение для оценки качества жизни пациентами после операции.
3. У пациентов после радикальной позадилоной простатэктомии не зафиксировано значимых изменений в состоянии функции кишечника и как следствие беспокойности и влияния на качество жизни, однако, в группе с рецидивом отмечалась тенденция к послаблению стула вследствие приема препаратов с антиандрогенным действием.
4. Показатели общего состояния и активности пациентов снижались с увеличением срока после радикальной позадилоной простатэктомии, что связано с увеличением возраста респондентов и сопутствующими заболеваниями, а также рецидивом заболевания и проводимой гормональной терапией. Отмечали влияние данных изменений на качество жизни 30,5% в группе без рецидива и 43,6% в группе с рецидивом рака простаты, при  $p=0,09$ .

5. Обеспокоенность уровнем простатического специфического антигена и возможностью прогрессии заболевания была значительно ниже во всех группах после оперативного лечения – 3,5% в группе без рецидива и 16,4% в группе с таковым.
6. Общее качество жизни оценивается пациентами после радикальной позадилоной простатэктомии выше, чем до операции и оценка напрямую связана с отсутствием или появлением рецидива рака простаты, снижаясь при его наступлении.

#### **Практические рекомендации:**

1. Для оценки качества жизни и мониторинга состояния пациентов после радикальной позадилоной простатэктомии целесообразно использовать специальный опросник PC - QoL, проводя анкетирование или интервьюирование до и в различные сроки после хирургического лечения.
2. Необходимо проводить оценку функции мочеиспускания и удержания мочи с интервалом в 3 мес. в течение первого года мониторингового исследования, с интервалом 6 мес. на протяжении второго года и с интервалом 1 год в дальнейшем, а также по индивидуальной программе при наличии жалоб, связанных с изменением функции и проводимой дополнительной коррекцией. Целесообразно также проводить опрос после удаления уретрального катетера.
3. Оценку сексуальной функции необходимо проводить при наличии у пациентов интереса к возобновлению сексуальной жизни и присутствию таковой в дооперационном периоде.
4. Оценку параметров функции кишечника и влияния их изменений на качество жизни целесообразно ввести в алгоритм исследования у пациентов при рецидивировании опухолевого процесса и проведении последующей терапии.



5. Вопросы, характеризующие общее состояние, психоэмоциональный облик и удовлетворенность проведённым лечением, целесообразно задавать всем пациентам после радикальной позадилоной простатэктомии с учётом сопутствующих заболеваний, рецидива и возраста пациентов.

#### **Список опубликованных работ:**

1. Е.И. Велиев, В.А. Няхин, Б.А. Томкевич. Самооценка функции мочеиспускания и удержания мочи после радикальной позадилоной простатэктомии у больных с локализованным раком предстательной железы // Материалы конференции «Онкологическая урология: от научных исследований к клинической практике (современные возможности диагностики и лечения опухолей предстательной железы, мочевого пузыря и почек)». – М., 2004. – С. 54.
2. Е.И. Велиев, В.А. Няхин, Б.А. Томкевич. Самооценка общесоматического статуса после радикальной позадилоной простатэктомии и удовлетворённость пациентами выбором метода проведённого лечения // Материалы конференции «Онкологическая урология: от научных исследований к клинической практике (современные возможности диагностики и лечения опухолей предстательной железы, мочевого пузыря и почек)». – М., 2004. – С. 55.
3. О.Б. Лоран, Е.И. Велиев, Б.А. Томкевич, В.А. Няхин. Качество жизни после антиандрогенной и лучевой терапии у больных раком предстательной железы в стадии  $T_3N_xM_0$  // Материалы конференции «Онкологическая урология: от научных исследований к клинической практике (современные возможности диагностики и лечения опухолей предстательной железы, мочевого пузыря и почек)». – М., 2004. – С. 72.
4. Е.И. Велиев, В.А. Няхин, Б.А. Томкевич. Отдалённые результаты оценки общего статуса и удовлетворённость результатами выбранного метода лечения пациентами после радикальной позадилоной простатэктомии. //

- Материалы третьей московской ассамблеи «Здоровье столицы». М., 2004. – С. 103.
5. Е.И. Велиев, В.А. Няхин, Б.А. Томкевич. Отдалённые результаты оценки функции мочеиспускания у пациентов после радикальной позадилоной простатэктомии. // Материалы третьей московской ассамблеи «Здоровье столицы». М., 2004. – С. 101.
  6. Велиев Е.И., Няхин В.А., Томкевич Б.А. Функция мочеиспускания у пациентов после радикальной позадилоной простатэктомии (результаты наблюдения от 2 до 8 лет). // Материалы 3-го Российского научного форума «Мужское здоровье и долголетие». М., 2005. – С. 43.
  7. Няхин В.А., Велиев Е.И., Томкевич Б.А. Использование опросника РС – QoL у больных после позадилоной радикальной простатэктомии: оценка функции мочеиспускания и удержания мочи. // Сборник тезисов пленума Российского общества урологов. Тюмень, 2005. – С. 453.
  8. Няхин В.А., Велиев Е.И., Томкевич Б.А. Использование опросника РС – QoL у больных после позадилоной радикальной простатэктомии: оценка общесоматического статуса. // Сборник тезисов пленума Российского общества урологов. Тюмень, 2005. – С. 475.
  9. Велиев Е.И., Няхин В.А., Петров С.Б., Томкевич Б.А. Удержание мочи и связанное с мочеиспусканием качество жизни после позадилоной радикальной простатэктомии. // Специальный выпуск №3 Здравоохранение Башкортостана «Актуальные вопросы урологии. Заболевания предстательной железы. Новые технологии в урологии». Уфа, 2005. – С. 241.
  10. Няхин В.А., Велиев Е.И., Петров С.Б., Томкевич Б.А. Удовлетворённость результатами лечения и общее самочувствие пациентов после радикальной позадилоной простатэктомии. // Специальный выпуск №3 Здравоохранение Башкортостана «Актуальные вопросы урологии.

Заболевания предстательной железы. Новые технологии в урологии». Уфа, 2005. – С. 257.

11. Няхин В.А., Велиев Е.И. Динамика основных функциональных показателей и качества жизни у пациентов после радикальной позадилоной простатэктомии. // Материалы четвертой московской ассамблеи «Здоровье столицы». М., 2005. – С. 97.
12. О.Б. Лоран, Е.И. Велиев, В.А. Няхин. Анализ качества жизни пациентов в течение первого года после радикальной позадилоной простатэктомии. // Журнал Онкоурология – М., 2005. – №2. – С. 50 – 53.