

bladder cancer. — New York, Alan R. Liss. — 1989. — P. 253–261.

12. Русаков И.Г., Алексеев Б.Я., Робустов В.В., Морозов П.А. Внутрипузырная иммунотерапия поверхностного рака мочевого пузыря интерфероном альфа-2b (Интрон А) // 4-я Всероссийская научная конференция с участием стран СНГ: Актуальные вопросы лечения онкоурологических заболеваний. — 2001. — С. 2–6.

13. Матвеев Б.П. Клиническая онкоурология. — М., 2003. — С. 273.

14. Панахов А.Д. Лечение больных низкодифференцированным поверхностным переходо-клеточным раком мочевого пузыря. Дис... канд. мед. наук. — М., 2003.

15. Камалов А.А., Токарев Ф.В. Результаты лечения больных поверхностным раком мочевого пузыря, получавших БЦЖ-иммунотерапию. 5-летнее наблюдение // 4-я Всероссийская научная конференция с участием стран СНГ: Актуальные вопросы лечения онкоурологических заболеваний. — 2001. — С. 60.

16. Лоран О.Б., Пушкарь Д.Ю. Сравнительная оценка эффективности применения БЦЖ и доксирубицина с целью профилактики рецидивирования опухолей мочевого пузыря после ТУР // 4-я Всероссийская научная конференция с участием стран СНГ: Актуальные вопросы лечения онкоурологических заболеваний. —

2001. — С. 67.

17. Нагорный В.М., Филлипов А.Г. Профилактика рецидивов поверхностного рака мочевого пузыря после ТУР вакциной БЦЖ // 4-я Всероссийская научная конференция с участием стран СНГ: Актуальные вопросы лечения онкоурологических заболеваний. — 2001. — С. 71.

18. Старцев В.Ю., Пулин И.Л. Выбор метода адьювантной химиотерапии у больных поверхностным раком мочевого пузыря // Онкологическая урология: от научных исследований к клинической практике: Материалы конференции. — М., 2004. — С. 171.

19. Фигурин К.М. Химиотерапия и иммунотерапия рака мочевого пузыря. Дис... д-ра мед. наук. — М., 1993.

## Анализ качества жизни пациентов в течение первого года после радикальной позадилоной простатэктомии

О.Б. Лоран, Е.И. Велиев, В.А. Няхин  
РМАПО

### *Radical retropubic prostatectomy patients' quality of life analysis within the first year after the surgery*

*O.B. Loran, E.I. Veliev, V.A. Nyakhin*

*Radical retropubic prostatectomy is one of the most often used treatments for localized prostate cancer. An important part of surgery follow-up is quality of life assessment. Surveys before the prostatectomy and every 3 months (up to one year) after it were made. The matters of incontinence, erectile and bowel dysfunction and the worry caused by them and their influence on social activity and quality of life were focused on. None of the patients showed heavy incontinence. Only 23.1% of patients had to use adult diapers from time to time one year after the surgery. One year after the surgery none of the patients expressed any regret regarding the treatment choice or its aftermath. Radical retropubic prostatectomy for prostate cancer being made in centers where it's a routine surgery doesn't lead to any substantial incontinence or quality of life degradation.*

За последние 30 лет во всех странах мира, в том числе и в России, отмечается рост заболеваемости раком предстательной железы (РПЖ) и выявляется около 300 тыс. новых случаев заболевания в год [1, 2]. В странах Европейского Союза ежегодно диагностируется более 85 тыс. новых случаев заболевания, которое является причиной 9% всех смертей мужчин от рака [3].

Радикальная простатэктомия (РПЭ) — один из наиболее эффективных методов лечения локализованных форм РПЖ, позволяющий при правильном отборе больных добиваться 10- и 15-летней специфической выживаемости соответственно в 90 и 82% случаев [4]. В целом в ряде современных наблюдений частота поздних осложнений, ухудшающих физическую и социальную адаптацию и снижающих качество жизни после РПЭ, невысока. В первую очередь заслуживают внимания недержание мочи и нарушение эректильной функции [5, 6].

Традиционными критериями оценки эффективности лечения являются продолжительность жизни, физикальные и лабораторные данные. Однако они недостаточно точно отражают самочувствие пациента, его функциональное состояние, восприятие повседневной жизни и чувство удовлетворенности. Существуют различные определения качества жизни (КЖ), связанного со здоровьем, но всеми признается, что это многомерное понятие. КЖ показывает, каким образом физическое, эмоциональное и социальное благополучие меняется под влиянием заболевания и лечения, являясь главной или дополнительной целью лечения [7].

#### Материал и методы

С помощью опросника Prostate Cancer — Quality of Life [8] мы проводили анкетирование пациентов до операции (радикальная позадилоная простатэктомия — РПЭ) и затем каждые 3 мес в течение 1 года. Все пациенты, согласившиеся участвовать в исследо-

вании, знали о своем заболевании и выбрали в качестве лечения РПЭ. Было обработано 99 анкет. Средний возраст больных на момент операции составил 65 лет. Вопросы, на которые отвечали пациенты, касались нарушения мочеиспускания и удержания мочи, сексуальной функции, функции кишечника, а также обеспокоенности данными проблемами, их влиянием на социальную активность и на КЖ в целом. Несколько вопросов были посвящены обеспокоенности заболеванием и эффективностью терапии, а также удовлетворенности лечением.

Статистическая обработка проводилась с использованием пакета прикладных программ Statistica 6.0. При оценке каждого параметра подсчитывали средний балл, ± среднего квадратического отклонения и достоверности (p) по сравнению с дооперационным уровнем.

**Результаты**

**Нарушение функции мочеиспускания.** Анализируя динамику ответов на вопрос, как часто отмечается недержание мочи у пациентов через 3, 6, 9 и 12 мес после РПЭ, мы отметили значительное увеличение частоты этого недуга через 3 мес после РПЭ (80,0% против 23,4%) и уменьшение к году после операции (46,2% против 23,4%). Однако по сравнению с дооперационным уровнем через год после РПЭ недержание встречалось все же чаще (табл.1.). Накануне операции не удерживали мочу в той или иной степени 23,4% больных.

Для оценки тяжести недержания мочи мы использовали классификацию [8], в которой тяжелая степень недержания определена как недержание > 1 столовой ложки мочи, средняя — < 1 столовой ложки и легкая — несколько капель. В основном у больных выделяется от нескольких капель до 1 столовой ложки мочи. Тяжелую степень недержания мочи (> 1 столовой ложки) после РПЭ мы не наблюдали ни у одного пациента (табл. 2). Значительное недержание мочи до операции имело место у 1 пациента на фоне хронической задержки мочи в виде парадоксальной ишурии. Этот больной использовал памперсы, необ-

Таблица 1. Частота недержания мочи в течение суток у больных до и после РПЭ (% больных)

Характеристика удержания мочи	До РПЭ	Через 3 мес	Через 6 мес	Через 9 мес	Через 12 мес
Полное удержание	76,6	20,0	55,6	50	53,8
Недержание: от редкого до 1 раза в день	21,3	55,0	33,3	40,0	46,1
чаще 1 раза в день	2,1	25,0	11,1	10	0

Таблица 2. Количество выделяющейся при недержании мочи после РПЭ (% больных)

Количество мочи	До РПЭ	Через 3 мес	Через 6 мес	Через 9 мес	Через 12 мес
Несколько капель	19,1	50,0	33,3	30,0	30,8
< 1 столовой ложки	2,1	30,0	11,1	10,0	15,4
>1 столовой ложки	2,1	0	0	0	0

Таблица 3. Частота использования прокладок при недержании мочи до и после РПЭ (% больных)

Частота использования прокладок	До РПЭ	Через 3 мес	Через 6 мес	Через 9 мес	Через 12 мес
Не используют	95,7	50,0	77,8	90,0	76,9
Не ежедневно	2,1	15,0	22,2	10,0	23,1
1 в день	2,1	10,0	0	0	0
2 в день	0	10	0	0	0
3 и более в день	0	15	0	0	0
Памперсы	2,1	0	0	0	0

ходимость в которых отпала после операции. В остальных случаях наблюдалось недержание на фоне императивности мочеиспускания.

Частота использования гигиенических прокладок при недержании мочи представлена в табл. 3. Через 3 мес после РПЭ лишь половина пациентов могла обходиться без прокладок, хотя в основном пользовалась ими лишь с профилактической целью. Мы считаем, что этот показатель не вполне подходит для оценки степени недержания мочи, так как в определенном смысле связан с социальным статусом и образом жизни пациента. Из табл. 3 видно, что через 6, 9 и 12 мес после РПЭ необходимости в использовании прокладок каждый день и чаще не было ни у одного пациента.

Все вопросы, связанные с мочеиспусканием, мы объединили по схожести оцениваемых параметров. Каждый вариант ответа оценивали в баллах от 0 до 100: 0 — очень плохая функция или очень сильное беспокойство, связанное с этим; 100 — полное от-

Таблица 4. Динамика функции мочеиспускания (в баллах) у пациентов до и после РПЭ

Показатель	До РПЭ	Через 3 мес	Через 6 мес	Через 9 мес	Через 12 мес
Удержание мочи	92,4 ± 13,8	69,9 ± 27,0 p = 0,0000	85,2 ± 21,0 p = 0,1994	89,1 ± 15,0 p = 0,5043	83,8 ± 23,6 p = 0,0988
Ирритативная симптоматика	67,6 ± 28,6	73,8 ± 21,7 p = 0,3823	77,0 ± 20,2 p = 0,3473	81,3 ± 17,8 p = 0,1499	81,7 ± 24,4 p = 0,1100
Обструктивная симптоматика	68,1 ± 32,6	91,7 ± 14,6 p = 0,0029	76,9 ± 30,6 p = 0,4592	81,7 ± 24,2 p = 0,2193	83,3 ± 24,8 p = 0,1238
Ограничение социальной активности	81,9 ± 27,9	82,5 ± 25,8 p = 0,9363	83,3 ± 21,7 p = 0,8861	92,5 ± 16,9 p = 0,2552	90,4 ± 16,3 p = 0,3019
Оценка КЖ	75,0 ± 34,2	82,5 ± 28,2 p = 0,3913	80,6 ± 20,8 p = 0,6409	85,0 ± 24,2 p = 0,3844	76,9 ± 34,6 p = 0,8585

Таблица 5. Динамика показателей кишечной функции (в баллах) у пациентов до и после РПЭ

Показатель	До операции	Через 3 мес	Через 6 мес	Через 9 мес	Через 12 мес
Функция кишечника	98,1 ± 2,6	97,0 ± 8,5 p = 0,0016	93,2 ± 8,2 p = 0,0056	94,0 ± 9,0 p = 0,0158	94,4 ± 5,5 p = 0,0540
Влияние на КЖ	93,6 ± 14,2	92,5 ± 18,3 p = 0,7887	77,8 ± 26,4 p = 0,0113	92,5 ± 12,1 p = 0,8185	88,5 ± 21,9 p = 0,3122

Таблица 6. Степень обеспокоенности (в баллах) до и после РПЭ

Показатель	До РПЭ	Через 3 мес	Через 6 мес	Через 9 мес	Через 12 мес
Обеспокоенность в связи с увеличением уровня ПСА	10,2 ± 14,4	81,0 ± 16,5	77,8 ± 25,4	68,0 ± 27,0	80,0 ± 14,1
Обеспокоенность в связи с прогрессированием заболевания	8,5 ± 19,0	75,0 ± 23,9	81,5 ± 24,2	83,3 ± 23,6	84,6 ± 22,0

Примечание. p = 0,0000.

существование нарушений (табл. 4).

Статистические различия в характеристиках функции удержания мочи не прослеживались уже с 6-го месяца после операции. При этом статистически незначимая, затухающая тенденция несколько худшего удержания мочи в 6, 9 и 12 мес сохраняется. В течение каждых последующих 3 мес наблюдения отмечалось медленное возвращение к исходному уровню удержания мочи.

Полученные данные свидетельствуют о том, что снижение показателей функции мочеиспускания не влечет за собой ухудшения КЖ и ограничения социальной активности больных, что нашло отражение в увеличении суммы баллов, присвоенной этой группе вопросов. Возможно, это связано с уменьшением показателей обструктивной симптоматики и настроением пациентов на преодоление возникшего осложнения.

**Нарушение функции толстого кишечника.** В функции толстого кишечника мы не отметили достоверных изменений. На протяжении всего периода наблюдения по сравнению с дооперационным уровнем сохраняется достаточно высокая оценка в баллах за вопросы, характеризующие как функцию кишечника, так и влияние на КЖ (табл. 5.). Незначительные различия в оценке в разные периоды после РПЭ скорее связаны с сопутствующими изменениями.

**Показатели обеспокоенности и удовлетворенности лечением.** В табл. 6 отражена обеспокоенность повышением уровня простатспецифического антигена (ПСА) и возможным прогрессированием заболевания. До операции в группе определяются наивысшие показатели, снижающиеся после РПЭ и практически не изменяющиеся на протяжении всего наблюдения.

Результаты, представленные в табл. 7, отражают степень удовлетворенности лечением. Показательно, что после 3 мес наблюдения неудовлетворенных лечением нет.

На вопрос, хотели бы пациенты выбрать другой метод лечения, практически все ответили отрицательно, и лишь незначительная часть респондентов затруднилась с ответом.

**Обсуждение**

Полученные нами ответы, характеризующие функцию удержания мочи, свидетельствуют о раннем ее восстановлении у большинства пациентов и согласуются с ранее опубликованными данными других авторов. Так, в исследовании Namiki S. и Arai Y. [6] до операции средний балл, отражающий функцию удержания мочи, составлял 94,5±13,0 против 65,2±27,5 через 3 мес после операции, 75,4±26,8 через 6 мес и 83,4±23,6 через 12 мес. Обеспокоенность данной проблемой выглядела следующим образом: до операции — 84,4±23,6 балла, через 3 мес — 75,5±29,8 балла, через 6 мес — 83,1±25,0 баллов и через год — 88,2±24,0 баллов. При оценке функции кишечника после операции авторы не отметили достоверных изменений: средний балл составил 89,8 ± 10,8 до операции, 85,6±16,0 через 3 мес после нее,

84,1±13,7 через 6 мес и 91,8±13,5 через год. Обеспокоенность нарушением функции кишечника выражалась следующим образом: до операции — 94,3±12,6 балла, через 3 мес после РПЭ — 94,8±12,6 балла, через 6 мес — 89,9±17,1 балла и через год — 89,0±19,6 балла.

Litwin M.S. и соавт. [5], анкетировав 247 пациентов до операции и затем каждые 3 мес в течение года, отметили восстановление произвольного контролируемого мочеиспускания у 21% пациентов к 3-му месяцу, у 56% — к году. В среднем к 7—8-му месяцу у 80% больных функция мочеиспускания приближалась к нормальной или возвращалась к дооперационному уровню. Функция кишечника восстанавливалась гораздо быстрее: у 2/3 пациентов — к 3-му месяцу и более чем у 90% — к 12-му месяцу после РПЭ. Интересные результаты получены Wei J.T. и соавт. [9] при опросе пациентов через 2 мес после РПЭ: 43% из них не отмечали недержания мочи, 84% не использовали гигиенические прокладки или использовали только 1 и 82% не испытывали в связи с этим никаких проблем. По данным Walsh P. [10], только 6% больных через год после РПЭ отмечали незначительное стрессовое недержание мочи, требующее использования 1 прокладки в день, у 2% сохранялось умеренное стрессовое недержание, требующее использования более 1 прокладки. Однако частота стрессового недержания мочи может значительно варьировать в зависимости от возраста больного, достигая 16% у больных старше 75 лет. Kao T. и Moul J.W. [11] при анкетировании больных выявили, что у 65,6% из них имело место недержание мочи раз-

Таблица 7. Удовлетворенность лечением (% больных)

Удовлетворенность лечением	До РПЭ	Через 3 мес	Через 6 мес	Через 9 мес	Через 12 мес
Чрезвычайно не удовлетворен	0	0	0	0	0
Сильно не удовлетворен	0	0	0	0	0
Неудовлетворен	0	15,0	0	0	0
Затрудняюсь ответить	10,6	20,0	0	20,0	38,5
Удовлетворен	2,1	25,0	44,4	60,0	46,2
Достаточно удовлетворен	10,6	10,0	0	0	7,7
Полностью удовлетворен	87,2	40,0	55,6	20,0	15,4

личной степени, но лишь 33,3% нуждались в прокладках. У 2,8% пациентов диагностирована послеоперационная стриктура анастомоза, но вместе с тем 77,5% опрошенных не изменили бы свой выбор метода лечения.

**Выводы**

При оценке КЖ пациентов в течение года после РПЭ не отмечено тяжелой формы недержания с выделением более 1 столовой ложки мочи уже через 3 мес наблюдения. Необходимость использования прокладок возникает лишь у небольшой группы больных и не чаще, чем 1 раз в день. Функция кишечника практически не страдает при позадилонном доступе, не вызывает снижения КЖ и беспокойства у пациентов. После РПЭ отмечено значительное снижение обеспокоенности уровнем сывороточного ПСА и возможностью прогрессирования заболевания. Все пациенты не сожалели о том, что остановили свой выбор на РПЭ в качестве лечения РПЖ.

**Литература**

1. Бухаркин Б.В., Сорокин К.В. Первичный переходо-клеточный рак предстательной железы (литературный обзор) // Урология. — 2002. — № 1. — С. 14—17.  
 2. Степанов В.Н., Лоран О.Б., Пушкарь Д.Ю., Крохотина Л. В. Дифференциальная диагностика опухолей предстательной железы с помощью определения уровня простатспецифического антигена (ПСА). Пособие для врачей. — М, 2000.  
 3. Aus G., Abbou S.C., Pacik D. et al. EAU quidelines on prostate cancer // Eur. Urol. — 2001. — Aug; 40(2): 97—101.  
 4. Polascik T.J., Walsh P.C. Radical retropubic prostatectomy: the influence of accessory

puddental arteries on the recovery of sexual function // J. Urol. — 1995. — Jul; 154(1).  
 5. Litwin M.S. et al. Life after radical prostatectomy: a longitudinal study // J. Urol. — 2001. — Vol. 166, №2. — P. 587—592.  
 6. Namiki S., Arai Y. Health-related quality of life after radical prostatectomy in Japanese men with localized prostate cancer // Int. J. Urol. — 2003. — Dec; 10(12): 643—650.  
 7. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. // СПб. — 2002. — С. 14—16.  
 8. Giesler R.B., Kattan M.W. et al. Assessing quality of life in men with clinically localized prostate cancer: Development of a new instrument for use

in multiple settings // Qual. Life Res. — 2000. — 9; 645.  
 9. Wei J.T. et al. Assessment of early continence recovery after radical prostatectomy: patient reported symptoms and impairment // J. Urol. — 2001. — Sept.; 166: 958—961.  
 10. Walsh P.C. Radical prostatectomy for localized prostate cancer provides durable cancer control with excellent quality of life: a structured debate. // Urol. — 2000. — Jun; 163(6): 1802—1807.  
 11. Kao T., Moul J.W. Multicenter patient self-reporting questionnaire on impotence, incontinence and stricture after radical prostatectomy // J Urol. — 2000. — March, 163: 858—864.