

ВОССТАНОВЛЕНИЕ СЕКСУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ РАДИКАЛЬНУЮ ПРОСТАТЭКТОМИЮ

© П.С. Кызласов¹, Е.В. Помешкин², М.В. Шамин², В.П. Сергеев¹, Р.Р. Погосян¹

¹ ФГБУ «Государственный научный центр Российской Федерации — Федеральный медицинский биофизический центр имени А.И. Бурназяна» ФМБА РФ (г. Москва);

² ГАУЗ КО «Областная клиническая больница скорой медицинской помощи им. М.А. Подгорбунского» (г. Кемерово)

Рак предстательной железы (РПЖ) — наиболее распространенное злокачественное новообразование в мужской популяции среднего и пожилого возраста, занимает четвертое место в структуре заболеваемости онкологическими заболеваниями в России. Согласно клиническим рекомендациям Европейской ассоциации урологов радикальная простатэктомия (РПЭ) является стандартизированным методом лечения рака предстательной железы.

Вопрос увеличения продолжительности жизни пациентов, перенесших РПЭ, неразрывно связан с вопросом повышения качества жизни. Установлено, что РПЭ сопровождается рядом осложнений, значительно снижающих качество жизни, к которым относятся снижение либидо, эректильная дисфункция (ЭД), уменьшение длины и искривление полового члена, нарушение эякуляции. Значительное влияние ЭД на качество жизни обуславливает необходимость и актуальность дальнейшего изучения состояния ЭД у пациентов, перенесших РПЭ.

Цель исследования. Оценить возможность восстановления сексуальной функции у пациентов, перенесших РПЭ по поводу локализованного рака простаты, как фактора повышения уровня качества жизни.

Материалы и методы. В исследование были включены 60 больных, средний возраст — 64,6 (4,7) года, с верифицированным локализованным раком предстательной железы, проходивших лечение в условиях урологического отделения ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России. Критериями включения в исследование являлись: мужчины младше 70 лет, отсутствие сопутствующей тяжелой соматической патологии, отсутствие сахарного диабета, заинтересованность пациентов в сохранении

эректильной функции в послеоперационном периоде. Всем пациентам в процессе исследования оценивались международный индекс эректильной функции согласно опроснику МИЭФ-5 и уровень качества жизни по анкете QOL (Quality of life). Также всем пациентам измерялась длина полового члена (L) в спокойном состоянии трехкратно с приведением к усредненным значениям. Контрольные измерения проводились до оперативного лечения рака предстательной железы и на 7, 30, 90-е послеоперационные сутки.

Пациенты были разделены на три группы с помощью таблицы случайных чисел. Первая группа — контрольная группа ($n = 20$), пациенты этой группы не получали специфическую профилактику сохранения длины полового члена и сохранения эректильной функции. Пациенты второй группы ($n = 20$) принимали в послеоперационном периоде ИФД-5 в дозировке 5 мг ежедневно в течение трех месяцев. Пациенты третьей группы ($n = 20$) сочетали прием ИФД-5 в дозировке 5 мг ежедневно с использованием вакуумного экстендера на протяжении трех месяцев.

Результаты. Анализ результатов измерения длины полового члена показал, что в контрольной группе среднее укорочение длины полового члена через 7 суток после оперативного вмешательства составило $0,73 \pm 0,08$ см, через 30 суток — $0,95 \pm 0,06$ см, а через 3 месяца — $1,63 \pm 0,12$ см по сравнению с измерениями длины до оперативного вмешательства. Таким образом, укорочение длины полового члена через три месяца после операции составило 12,45 %. Во второй группе среднее укорочение длины через 7 суток составило $0,75 \pm 0,08$ см, через 30 суток — $1,125 \pm 0,07$ см, через 3 месяца — $1,17 \pm 0,08$ см по сравнению с измерениями

до операции. Согласно полученным данным укорочение длины полового члена у пациентов во второй группе составило 10,26 %, что на 2,9 % меньше, чем у пациентов в контрольной группе. В третьей группе пациентов укорочение длины полового члена через 7 суток составило $0,78 \pm 0,1$ см. Через 30 суток после оперативного вмешательства статистически достоверно отмечается увеличение длины полового члена на $0,17 \pm 0,08$ см, а через 3 месяца увеличение длины составило $0,75 \pm 0,08$ см. Таким образом, несмотря на укорочение длины полового члена у пациентов в третьей группе по результатам измерения на 7-е сутки на 5,7 %, к 90-м суткам отмечается увеличение длины полового члена на 5,5 % по сравнению с исходными данными.

По оценке результатов тестирования по опроснику МИЭФ-5 были получены следующие данные: в первой группе суммарный балл степени выраженности ЭД до операции был равен 16,5 балла, к 7-м суткам — уменьшился на $6,45 \pm 1,3$ балла, что в среднем составило 9,7 балла. К 30-м и 90-м суткам было отмечено незначительное увеличение до 10,1 и 10,2 балла соответственно. Во второй группе суммарный балл к 7-м суткам после операции уменьшился на $6,4 \pm 1,3$ балла, что составило 9,7 балла. К 30-м и 90-м суткам отмечалось увеличение суммарного балла до 13,2 и

13,4 балла соответственно. При оценке суммарного балла у пациентов в третьей группе полученные данные статистически достоверно не отличались от полученных результатов во второй группе.

Качество жизни по шкале QOL в первой группе до операции составляло 2,1 балла, через 7 суток после оперативного лечения РПЖ снизилось на $2,05 \pm 0,3$ балла, далее отмечена тенденция к улучшению. На 30-е и 90-е послеоперационные сутки средний уровень качества жизни составил 3,7 балла. Во второй и третьей группах также отмечено ухудшение качества жизни к 7-м суткам после операции до 4,15 балла, а к 30-м и 90-м суткам — улучшение до 2,4 балла во второй группе и 2,6 балла в третьей. Статистически значимых различий на уровне качества жизни во второй и третьей группах получено не было.

Таким образом, нами сделаны выводы о том, что сочетание ежедневного приема ИФД-5 и использование вакуум-экстендера позволяет не только предотвратить уменьшение длины полового члена, но и увеличить его длину на $0,75 \pm 0,08$ см; частота ЭД после РПЭ на 15 и 20 % меньше у пациентов второй и третьей групп, чем в контрольной; состояние эректильной функции в значительной степени ухудшает качество жизни пациентов в послеоперационном периоде.

ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ СРОКОВ ФАЛЛОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТАМ, ПЕРЕНЕСШИМ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

© П.С. Кызласов¹, А.Г. Мартов¹, О.В. Паклина², И.Н. Орлов³, Т.М. Топузов³,
А.А. Кажера¹, Г.Р. Сетдикова²

¹ ФГБУ «Государственный научный центр Российской Федерации — Федеральный медицинский биофизический центр имени А.И. Бурназяна» ФМБА РФ (г. Москва);

² ГБУЗ «Городская клиническая больница им. С.П. Боткина ДЗМ» (г. Москва);

³ СПб ГБУЗ «Клиническая больница святителя Луки» (г. Санкт-Петербург)

В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями мужского населения РФ соответствующие поражения предстательной железы составляют 6 %. «Золотым стандартом» лечения РПЖ является лапаро-

скопическая или роботассистированная нервосберегающая радикальная простатэктомия (РПЭ). На фоне успешности хирургии с позиции обеспечения выживания пациентов все более актуальным становится вопрос каче-