

Д.Л. Колесник

**КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ
ПРОСТАТЭКТОМИИ ПРИ РАКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

Научный руководитель: ст. препод. И.С. Тарасевич

*Кафедра онкологии с курсом повышения квалификации и переподготовки
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

D.L. Kolesnik

**QUALITY OF LIFE OF PATIENTS AFTER RADICAL PROSTATECTOMY
FOR PROSTATE CANCER**

Tutor: senior lecturer I.S. Tarasevich

*Department of Oncology with a course of advanced training and retraining
Belarusian State Medical University, Minsk*

Резюме. На основании проведенного исследования у пациентов после радикальной простатэктомии выявлена высокая распространенность никтурии (89,2%), стрессового недержания (62,2%) и императивных позывов (100%), при этом 67,6% пациентов имеют умеренные и тяжелые симптомы нарушений мочеиспускания по шкале IPSS.

Ключевые слова: простатэктомия, качество жизни, сенсорные нарушения, эректильная дисфункция.

Resume. Based on the study, patients after radical prostatectomy showed a high prevalence of nocturia (89.2%), stress incontinence (62.2%), and urgency (100%), while 67.6% of patients had moderate to severe symptoms of urinary disorders according to the IPSS scale.

Keywords: prostatectomy, quality of life, sensory disorders, erectile dysfunction.

Актуальность. Радикальная простатэктомия остается «золотым стандартом» лечения локализованного рака предстательной железы, предполагая благоприятный онкологический прогноз. Однако эта эффективность достигается ценой значительного и специфического воздействия на качество жизни. Основными последствиями операции являются недержание мочи и эректильная дисфункция, которые напрямую влияют на физическое, психологическое и социальное благополучие мужчины.

Цель: оценка качества жизни пациентов после радикальной простатэктомии при раке предстательной железы.

Задачи:

1. Провести количественную и качественную оценку выраженности симптомов нижних мочевыводящих путей по шкале IPSS с распределением пациентов по степеням тяжести (лёгкая, умеренная, тяжёлая).

2. Оценить степень субъективного беспокойства, вызываемого симптомами со стороны нижних мочевыводящих путей, с использованием валидированных опросников (OAB-q, IPSS).

3. Охарактеризовать нарушения мочеиспускания в послеоперационном периоде у пациентов, перенесших радикальную простатэктомию.

4. Выявить факторы, ассоциированные с отказом от половой жизни в послеоперационном периоде

Материалы и методы. Проведено одномоментное выборочное исследование с

10.10.25 по 25.01.2026. Для анонимного анкетирования использовались 3 анкеты: шкала IPSS, состоящая из 7 вопросов, опросник ПЕФ, состоящий из 15 вопросов, шкале ОАВ-q, состоящей из 6 вопросов. Анкетирование проводилось на базе УЗ «4 ГКБ» г. Минска. Были опрошены 37 человек, перенесших РПЭ с 2023 по 2026 год. Средний возраст пациентов составил $64,7 \pm 7,9$ года и находился в диапазоне от 59 до 80 лет.

Результаты и их обсуждение. В исследование включено 37 пациентов после радикальной простатэктомии (РПЭ). Всем респондентам было предложено оценить степень беспокойства, вызываемого основными симптомами нарушения мочеиспускания, по порядковой шкале ОАВ-q. Результаты систематизированы по трем клиническим доменам: сенсорные нарушения, недержание мочи и никтурия. Сенсорные нарушения: при оценке дискомфорта, сопровождающего позывы к мочеиспусканию, установлено, что у большинства пациентов (48,6%, $n=18$) данный симптом отсутствует. У 27,0% ($n=10$) респондентов дизурия выражена незначительно («беспокоит немного»), у 13,5% ($n=5$) – в умеренной степени. Тяжелая степень дизурии («беспокоит очень сильно») зафиксирована у 10,8% ($n=4$) пациентов. Таким образом, в совокупности 51,4% ($n=19$) респондентов отмечают наличие неприятных ощущений различной степени выраженности, при этом каждый десятый пациент испытывает выраженный дискомфорт.

Симптом внезапного, трудно подавляемого желания мочеиспускания, возникающего при отсутствии предварительного ощущения наполнения мочевого пузыря, зафиксирован у 100% пациентов ($n=37$). Данный факт подтверждает высокую распространенность гиперактивности детрузора. Анализ стрессового компонента недержания показал, что данный симптом является одним из наиболее клинически значимых в структуре послеоперационных жалоб. Полное отсутствие симптома отмечено лишь у 18,9% ($n=7$) пациентов. Умеренную степень беспокойства испытывают 18,9% ($n=7$) респондентов. Выраженное беспокойство («достаточно сильно») данный симптом вызывает у 54,1% ($n=20$) пациентов, а крайне тяжелую степень («очень сильно») отметили 8,1% ($n=3$). Суммарно 62,2% ($n=23$) пациентов оценивают стрессовое недержание как сильно или очень сильно беспокоящий фактор, что свидетельствует о доминировании данного типа недержания в исследуемой группе и его существенном влиянии на качество жизни.

При оценке симптома, характеризующего сочетание императивного позыва и неконтролируемого выделения мочи, выявлено бимодальное распределение ответов. У 45,9% ($n=17$) пациентов данный симптом отсутствует полностью, что может указывать на сохранность компенсаторных механизмов удержания мочи и способность сфинктерного аппарата противостоять внезапному сокращению детрузора. У 16,2% ($n=6$) респондентов ургентное недержание вызывает легкое беспокойство. Однако у 37,8% ($n=14$) пациентов данный симптом оценивается как сильно беспокоящий, что подтверждает наличие клинически значимой гиперактивности детрузора более чем у трети исследуемых, требующей медикаментозной коррекции.

Оценка вынужденного прерывания сна показала высокую распространенность никтурии в исследуемой группе. Лишь 10,8% ($n=4$) пациентов не испытывают беспокойства по данному поводу. У 29,7% ($n=11$) респондентов симптом выражен

незначительно («беспокоит немного»), у 13,5% (n=5) – в умеренной степени. Почти половина выборки – 45,9% (n=17) – оценивает необходимость ночных вставаний как сильно беспокоящий фактор. Суммарно 89,2% (n=33) пациентов отмечают наличие никтурии различной степени тяжести, что делает данный симптом самым распространенным в структуре послеоперационных нарушений.

Все респонденты (100%, n=37) подтвердили факт ночных пробуждений, обусловленных необходимостью опорожнения мочевого пузыря. При оценке субъективного беспокойства, связанного с прерыванием сна, установлено, что для 40,5% (n=15) пациентов этот фактор не является значимым и не влияет на общее самочувствие. У 24,3% (n=9) респондентов пробуждения вызывают легкое беспокойство, у 32,4% (n=12) – умеренное. Тяжелую степень беспокойства отметил один пациент (2,7%). Полученные данные свидетельствуют о том, что, несмотря на универсальный характер ночных пробуждений, субъективная оценка их влияния на качество жизни варьирует: для 40,5% пациентов наступает адаптация к данному симптому, тогда как для 59,5% (n=22) он представляет собой проблему от легкой до тяжелой степени, требующую коррекции.

Результаты опросника IIEF: В исследуемой когорте пациентов после РПЭ (n=37) лишь 8,1% (n=3) ведут регулярную половую жизнь. Доминирующей причиной отсутствия попыток полового акта у 75,7% пациентов является не столько органическая ЭД, сколько возрастное снижение либидо и отсутствие мотивации. У пациентов, сохраняющих половую активность, отмечается эректильная дисфункция легкой степени тяжести (средний балл МИЭФ-ЭФ = 18). Несмотря на трудности с поддержанием эрекции (опросник фиксирует необходимость усилий для завершения акта), общая удовлетворенность сексуальной жизнью расценивается как умеренная. Это указывает на то, что пациенты адаптируются к новым условиям и ценят возможность интимной близости даже при неполной ригидности. Группа риска (10,8%): Выделена подгруппа пациентов с сохраненным либидо, но отсутствием результата (невозможность пенетрации).

Анализ анкетирования по шкале IPSS выявил вариабельность выраженности симптомов со стороны нижних мочевыводящих путей в исследуемой когорте: Легкая степень (0–7 баллов): зафиксирована у 12 пациентов (32,4%). Умеренная степень (8–19 баллов): диагностирована у 15 пациентов (40,6%). Тяжелая степень (20–35 баллов): выявлена у 10 пациентов (27,0%). Детальный анализ симптомов (качественная характеристика). Преобладание ирритативной (вопросы 2, 4, 7) и обструктивной (вопросы 1, 3, 5, 6) симптоматики распределилось следующим образом: В группе с легкими нарушениями (n=12) жалобы носили эпизодический характер; никтурия (вопрос 7) не превышала 1 раза за ночь, что сопоставимо с возрастной нормой. В группе с умеренными нарушениями (n=15) ключевыми жалобами являлись никтурия (2-3 раза за ночь) и слабая струя мочи. В группе с тяжелыми нарушениями (n=10) доминировали симптомы нарушения накопления (императивные позывы) и опорожнения (ощущение неполного опорожнения, прерывистость). Данная категория пациентов требует исключения органической патологии (стриктура уретры, несостоятельность анастомоза) или тяжелой дисфункции детрузора.

Выводы:

1. Проведенный анализ структуры послеоперационных нарушений у пациентов

после радикальной простатэктомии позволил выявить следующие закономерности. Наиболее распространенным симптомом является никтурия (необходимость вставать по ночам), которая беспокоит 89,2% пациентов и у 45,9% вызывает сильное беспокойство. Стрессовое недержание мочи представляет собой значимую проблему для 62,2% респондентов, при этом у большинства из них (54,1%) оно оценивается как сильно беспокоящее. Императивные (внезапные) позывы встречаются у 100% пациентов, однако ургентное недержание (подтекание на фоне позыва) сильно беспокоит только 37,8% группы. Полученные данные обосновывают необходимость дифференцированного подхода к послеоперационной реабилитации с акцентом как на тренировку мышц тазового дна (для коррекции стрессового недерхания), так и на медикаментозную коррекцию гиперактивности детрузора (для уменьшения императивной симптоматики и никтурии).

2. Полученные данные подтверждают необходимость предоперационного консультирования пациентов с реалистичной оценкой прогноза. Для пожилых пациентов с низким либидо РПЭ редко приводит к дистрессу на почве отсутствия эрекции. В то время как для пациентов с сохранной мотивацией требуется строгий контроль приверженности реабилитации и объективная оценка качества эрекции для своевременной коррекции терапии.

3. Высокая распространенность дизурии: У большинства пациентов (67,6%, $n=25$) в различные сроки после РПЭ наблюдаются умеренные и тяжелые симптомы нарушения мочеиспускания ($IPSS > 8$), что требует обязательного динамического наблюдения. Выявленная структура распределения (32% – легкие, 41% – умеренные, 27% – тяжелые) отражает разнородность послеоперационного восстановления. Пациенты с легкой степенью (менее 7 баллов), вероятно, достигли полного функционального восстановления или имели высокие показатели до операции.

4. Пациентам после радикальной простатэктомии рекомендуется проведение комплексных реабилитационных мероприятий, направленных на восстановление функции наружного сфинктера уретры и тренировку мышц тазового дна, в строгом соответствии с утвержденными клиническими протоколами. Основу реабилитации составляет многоэтапная программа, включающая идентификацию и изолированное сокращение мышц тазового дна с использованием методов биологической обратной связи, выполнение медленных (удержание сокращения до 5–10 секунд) и быстрых (1 секунда) упражнений, а также при необходимости – аппаратную электро- или магнитную стимуляцию. Доказано, что максимальная эффективность достигается при начале тренировок в дооперационном периоде (преабиляция) и продолжении регулярных занятий общей продолжительностью не менее 12–24 недель. Критическими компонентами восстановления также являются поведенческая терапия (тренировка мочевого пузыря, коррекция питьевого режима, профилактика запоров) и пожизненная поддерживающая фаза с частотой занятий 2–3 раза в неделю, поскольку полученный эффект обратим при полном прекращении тренировок. Таким образом, строго структурированная программа тренировки мышц тазового дна и сфинктера, реализуемая под контролем специалиста по тазовой реабилитации, является золотым стандартом терапии первой линии для восстановления удержания мочи у данной категории пациентов.

Литература

1. Namiki S., Arai Y. Health-related quality of life after radical prostatectomy in Japanese men with localized prostate cancer [Текст]* / S. Namiki, Y. Arai // Int. J. Urol. – 2003. – Dec; 10(12). – С. 643-650.
2. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине [Текст]* / А. А. Новик, Т. И. Ионова. – СПб. : [б. и.], 2002. – С. 14-16.
3. 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 [Текст]* / R. B. Giesler, M. W. Kattan [и др.] // Qual. Life Res. – 2000. – 9. – С. 645.