

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ОНКОУРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Н.Г. Федотова, Г.Я. Игнатова, Н.В. Туркина, канд. мед. наук
Санкт-Петербург
E-mail: FVSO@MAIL.RU

Представлены сведения о качестве жизни онкоурологических больных после радикальной простатэктомии.

Ключевые слова: онкоурологический больной, радикальная простатэктомия, послеоперационный период, качество жизни, роль медсестры.



Основная цель медицинской помощи онкологическим больным – продление их жизни, однако при выборе лечебной тактики следует учитывать качество жизни (КЖ) пациентов как критерий общего благополучия. В мировой практике КЖ – общепринятый высокоинформативный показатель состояния здоровья как населения в целом, так и его отдельных социальных групп. КЖ – многокомпонентная характеристика физического, психологического и социального функционирования человека. КЖ изучают как для оценки эффективности медицинской помощи, так и для ее совершенствования. Существует понятие «качество жизни, связанное со здоровьем». В него входят восприятие и оценка состояния здоровья, эмоционального благополучия индивидуума и их влияние на профессиональную, социальную и другие виды его деятельности.

Недержание мочи и эректильная дисфункция – наиболее частые проблемы пациентов, перенесших радикальную простатэктомию по поводу рака предстательной железы (РПЖ). Ввиду традиционно высокой заболеваемости пожилых мужчин РПЖ и резкого увеличения числа больных в возрасте 40–50 лет оценка КЖ пациентов после радикальной простатэктомии имеет немалое значение.

Недержание мочи, особенно в тяжелой форме (то-тальное) крайне отрицательно влияет на КЖ в послеоперационном периоде. Ношение защитных прокладок или уретральных зажимов зачастую приводит к снижению физической, половой, жизненной активности, потере трудоспособности, разладам в семейной жизни и т.п. у молодых трудоспособных мужчин.

Существенно влияют на КЖ больных РПЖ изменения в половой сфере, степень которых зависит от возраста пациента, состояния половой функции до лечения и применявшегося метода лечения. У мужчин, страдающих РПЖ, выше риск развития психогенной эректильной дисфункции, чем у мужчин того же возраста без этого заболевания (нарушения потенции возникают после лечения всех видов, но чаще всего – после радикальной простатэктомии: в 60,0–80,0% случаев. Сексуальные проблемы являются источником эмоциональных расстройств, существенно ухудшающих КЖ, особенно – у мужчин до 60 лет.

Нами обследованы пациенты, наблюдавшиеся в клинике урологии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова по поводу РПЖ с 2008 по 2010 г. Общее число обследованных – 94, из них 62 – после радикальной простатэктомии, 23 – после энуклеации паренхимы яичек; 9 пациентам сначала была произведена радикальная простатэктомия, но в дальнейшем возник рецидив опухолевого процесса и выполнялась энуклеация паренхимы яичек.

Диагностический комплекс, примененный у 62 больных: опрос по системе I-PSS; самооценка удержания мочи после радикальной простатэктомии; тест с использованием прокладок для определения потерь мочи за 1 сут (24-часовой pad-тест).

По наличию недержания мочи после операции 62 больных были распределены на 2 группы: с недержанием и удерживающие мочу, причем в разные сроки послеоперационного наблюдения число пациентов в группах изменялось (см. таблицу).

Динамика синдрома недержания мочи у больных после радикальной простатэктомии

Группа	Срок наблюдения, мес		
	3	6	12
Удерживающие мочу	25	45	55
С недержанием	37	17	7
Всего	62	62	62

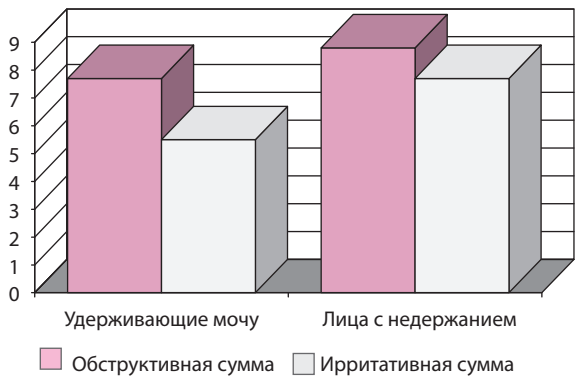


Рис. 1. Сравнение суммарных показателей опроса по I-PSS в группах больных через 3 мес после операции

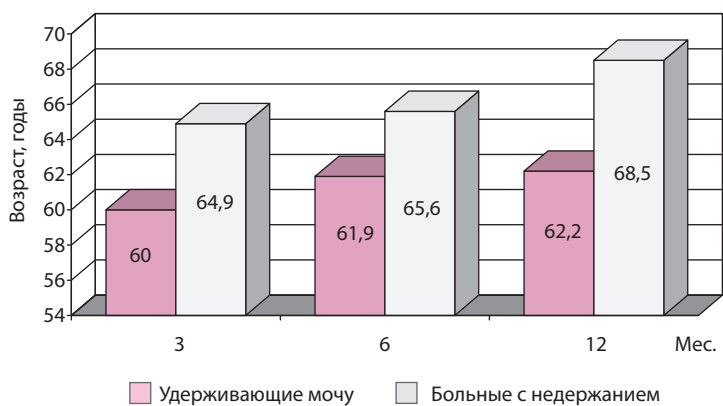


Рис. 2. Возраст пациентов

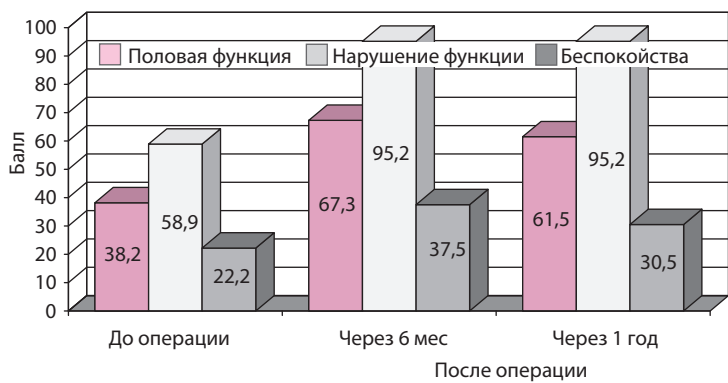


Рис. 3. Половая функция у больных РПЖ

Перед операцией больные заполняли опросник I-PSS. Изучались 2 основных критерия: суммарный балл и КЖ. Суммарный балл по I-PSS колебался от 14 до 33, причем почти у половины больных преобладали ирритативные симптомы. Оценка КЖ в среднем составила 3,9 балла; 38,5% больных расценили его как неудовлетворительное и «огорчительное».

Сопоставление предоперационных показателей опроса по I-PSS больных обеих групп с таковыми через 3 мес после операции позволил установить,

что ирритативные симптомы, имевшиеся у пациентов перед радикальной простатэктомией, и низкое КЖ вследствие расстройств мочеиспускания оказывают значимое влияние на возникновение недержания мочи после операции, иначе говоря являются фактором риска (рис. 1).

По данным анкетирования, через 12 мес после операции больные, перенесшие радикальную простатэктомию, отмечали достоверное снижение выраженности обструктивной и ирритативной симптоматики, а также значительное улучшение КЖ. Отрицательное влияние на восстановление удержания мочи к 12-му месяцу после операции оказывает ирритативная симптоматика, сохраняющаяся у больных не удерживающих мочу к этому сроку.

Клинические исследования включали в себя также самооценку статуса удержания мочи после радикальной простатэктомии и 24-часовой рад-тест для определения суточных потерь мочи у больных с недержанием после операции.

Возраст пациентов, перенесших радикальную простатэктомию, колебался от 41 до 70 лет (в среднем – 62 года). Анализ возрастных данных убедительно продемонстрировал, что возраст пациента является одним из главных факторов, предрасполагающих к появлению недержания мочи после радикальной простатэктомии (особенно – у больных старше 65 лет); рис. 2.

Средний показатель массы тела пациентов на момент выполнения операции составлял 81 кг. Анализ не выявил влияния массы тела на появление недержания мочи в послеоперационном периоде.

Средняя продолжительность оперативного вмешательства у 62 наблюдаемых пациентов – 210 мин. В группе удерживающих мочу она была несколько меньше, чем в группе лиц с недержанием, но различие не явилось статистически достоверным, т.е. можно считать, что этот фактор не влияет на наличие недержания мочи в послеоперационном периоде. По данным нашего исследования, фактором, достоверно влияющим на возникновение недержания мочи после радикальной простатэктомии, является возраст пациента.

Материалы анкетирования больных РПЖ по авторскому «Универсальному опроснику качества жизни больных раком предстательной железы» свидетельствуют о том, что половая функция у больных клинически локализованным РПЖ соответствует общепопуляционным показателям. Она практически у всех обследованных ухудшилась после радикальной простатэктомии. Обследование пациентов через 6 мес после вмешательства выявило значительное ухудшение их половой функции, и она сохранялась практически неизменной в течение 1 года. Беспокойства, связанные с нарушениями половой функции, сохранялись в течение 6–12 мес (рис. 3).

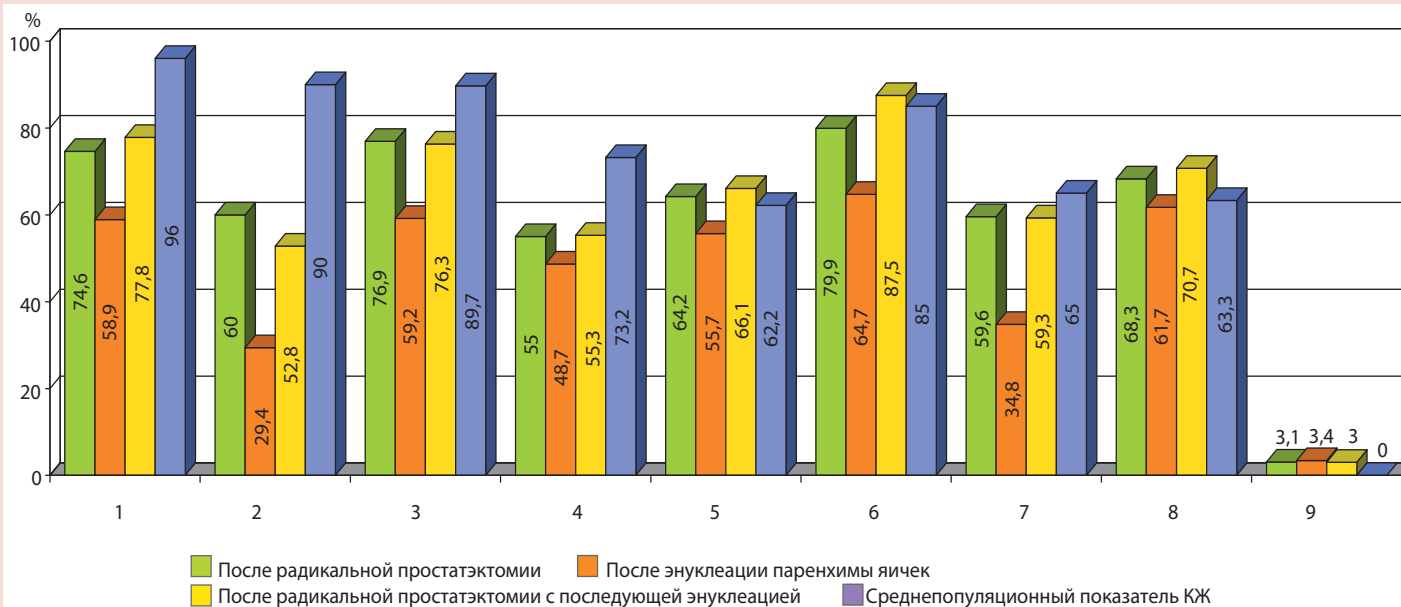


Рис. 4. Средние показатели КЖ у лиц разных групп

Наибольшее число мужчин отмечали снижение КЖ через 1 год после хирургического лечения.

Средние показатели КЖ по опроснику SF-36 у больных после хирургического лечения РПЖ ниже средних популяционных. Однако необходимо критически оценивать значение этих данных, учитывая преклонный возраст пациентов, и больше полагаться на сравнительную характеристику показателей КЖ у лиц разных групп (рис. 4).

Внимание и профессионализм медсестры помогает пациенту адаптироваться к состоянию после операции. И, несмотря на то, что низкой тревожности или отсутствия таковой не было обнаружено, проведенное исследование свидетельствует о том, что своевременная информация, умение работать с пациентом как с личностью снижают степень выраженности психических нарушений.

Проанализировав КЖ онкоурологических больных, мы выработали ряд предложений:

- лечение больных РПЖ целесообразнее проводить в возрасте до 65 лет, так как в этом случае риск возникновения послеоперационного недержания мочи ниже;
- мужчинам старше 50 лет рекомендован ежегодный медицинский осмотр у уролога для более ранней диагностики РПЖ;
- следует улучшить работу палатной медсестры, чтобы у нее было больше времени для оказания психологической поддержки пациентам.

Рекомендуемая литература

Алексеев Б.Я., Русаков И.Г. Непосредственные результаты и осложнения радикальной простатэктомии // Современные возможности и новые направления в диаг-

ностике и лечении рака почки, мочевого пузыря, предстательной железы. Материалы Всеросс. науч.-практ. конф. – Уфа, 2001.

Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина. Пер. с нем. – М., 1999. – 367 с.

Гундаров И.А. Пробуждение: пути преодоления демографической катастрофы в России. – М., Центр творчества «Беловодье», 2001.

Импотенция. Под ред. А. Грегуара, Дж.П. Прайора. Интегрированный подход к клинической практике. – М., 2000.

Мазо Е.Б., Гамидов С.И., Иремашвили В.В. Эректильная дисфункция. – М.: Медицинское информационное агентство, 2008.

Петров С.Б., Велиев Е.И., Левковский Н.С. Хирургические приемы профилактики недержания мочи при радикальной простатэктомии. Материалы Пленума правления Росс. об-ва урологов. – М., 1999.

Петров С.Б., Велиев Е.И. Опыт лечения эректильной дисфункции у больных после радикальной простатэктомии // Андрология и генитал. хирургия. – 2000; 1.

Петров С.Б., Велиев Е.И. Радикальная простатэктомия в лечении локализованных форм рака предстательной железы. Материалы X Юбил. науч.-практ. конф. с межрегион. и междунар. участием. – Харьков, 2002.

Сайфуллин Н.Ф. Козволюция инноваций и качество жизни. Качество жизни: Россия XXI века. Труды Всеросс. конф. – М.: ВНИИТЭ, 2002.

QUALITY OF LIFE IN UROLOGICAL CANCER PATIENTS
N.G. Fedotova; G.Ya. Ignatova; N.V. Turkina, Cand. Med. Sci.
Saint Petersburg

The paper gives information on quality of life in urological cancer patents after radical prostatectomy.

Key words: urological cancer patient, radical prostatectomy, postoperative period, quality of life, a nurse's role.