

Статеві розлади у хворих на рак сечового міхура після хірургічного лікування

П.Г. Яковлев¹, В.С. Сакало², В.В. Мрачковський¹

¹Київський міський клінічний онкологічний центр

²ДУ «Інститут урології НАМН України», м. Київ

Вивчали шляхом опитування стан статевої функції у 45 хворих на рак сечового міхура після радикальної цистектомії, проведеної протягом останніх двох років у відділенні урології Київського міського клінічного онкологічного центру. У післяопераційний період пацієнти визнали пріоритетними такі питання стосовно власного здоров'я (за порядком зменшення важливості): 1) радикальність онкологічного лікування; 2) повна фізична реабілітація; 3) можливість функціонувати в суспільстві в повному обсязі; 4) відновлення статевої функції. Збереження ерекtilьної функції визнали як важливе 60% прооперованих чоловіків. Заходи зі збереження ерекtilьної функції у хворих на рак сечового міхура, заплановані на проведення цистектомії, включають збереження передміхурової залози та неушкодження волокон срамного нерва.

Ключові слова: рак сечового міхура, цистектомія, ерекtilьна дисфункція.

Порушення статевої функції є одним з найбільш поширених ускладнень радикального хірургічного лікування хворих на рак сечового міхура (PCM) [1]. Причинами таких порушень вважають особливості хірургічної техніки при виконанні втручання, поширеність основної хвороби, застосування ад'ювантних методів лікування, зокрема променевої терапії, на малий таз та/або поліхіміотерапії, психологічний стан хворого, рівень статевої функції до операції. Стан статевої функції у пацієнта, якому планують хірургічне лікування PCM, або рівень збереження статевої функції є одним з критеріїв ефективності лікування та одним із важливих факторів якості життя. Збереження статевої функції у хворих, що підлягають оперативному лікуванню, можна розглядати як один з критеріїв для оцінювання якості проведеного лікування. Розуміння анатомо-функціональних механізмів формування компонентів статевої функції чоловіка та жінки є важливим для планування заходів профілактики ураження та/або погіршення статевої функції у прооперованих хворих.

Мета дослідження: вивчити наявну літературу стосовно статевих розладів у хворих, які були прооперовані з приводу PCM, та оцінити поширеність, важкість та етіологію цієї патології у хворих відділення урології Київського міського клінічного онкологічного центру. Оцінити фактори патогенезу статевих розладів у хворих на PCM, що були прооперовані з цього приводу, та визначити шляхи запобігання їхньому розвитку.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

За період 2004–2013 рр. у відділенні урології Київського міського клінічного онкологічного центру було проліковано 305 хворих на PCM, яким була виконана радикальна цистектомія. Чоловіків було 275 (90,2%), жінок 30 (9,8%). Середній вік чоловіків на момент операції – 62 роки (від 48 до 80 років), середній вік жінок – 60 років (від 51 до 77 років). Оцінювання статевої функції у хворих проводили шляхом

опитування за допомогою власно розробленого стандартизованого опитувальника, в якому хворим пропонували відповісти на запитання щодо пріоритетності здоров'я після оперативного лікування, про стан статевої функції до операції, а також про стан ерекtilьної функції в термін 6 міс після операції. Опитування проводили під час планових диспансерних оглядів у термін 3, 6, 12 міс після операції. Під час опитування з'ясовували скарги стосовно основного захворювання, загальний стан здоров'я, стан професійно-соціальної реабілітації, стан статевої функції до операції та рівень статевих функціональних можливостей після операції у зазначені вище терміни. Опитування було проведено у 45 хворих (41 чоловік та 4 жінки), що були прооперовані протягом останніх двох років.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

За результатами опитування пріоритети в питаннях здоров'я у хворих після радикальної цистектомії були зазначені в такій послідовності (за частотою відповіді та кількості респондентів):

- 1) результати, ефективність онкологічного лікування та відсутність необхідності ад'ювантного лікування – 42 (93%) хворих;
- 2) повна фізична реабілітація та можливість виконувати фізичну роботу – 35 (77,8%) хворих;
- 3) сприйняття власного тіла після видалення сечового міхура та можливість вільного перебування в суспільстві – 28 (62,2%) хворих;
- 4) збереження статевої функції – 27 (60%) хворих.

З приводу стану статевої функції до та після радикальної цистектомії висловився 31 чоловік. Серед них 22 (71%) мали статеві стосунки до операції. Після операції збереження ерекtilьної функції відзначили 8 (25,8%) хворих. Усім цим хворим була виконана простатозберігальна цистектомія. У термін 6 міс після операції всі вони зазначили достатній рівень ерекції, необхідний для проведення коїтусу.

Таким чином, збереження статевої функції є важливим для значної частки хворих на PCM, які підлягають хірургічному лікуванню (60% хворих). Хоча, цей аспект життєдіяльності не є найбільш пріоритетним – 4-е рангове місце, – майже всі хворі були стурбовані онкологічним аспектом буття та відсутністю прогресії або рецидивування хвороби, що призвело б до необхідності подальшого лікування.

Привертає особливу увагу той факт, що відновлення ерекtilьної функції у чоловіків після радикальної цистектомії було відзначене лише у хворих, яким виконана простатозберігальна цистектомія. Таким чином, є потреба розглянути анатомічні та функціональні аспекти функціонування статевої системи у чоловіка та жінки, без чого неможливо розробити шляхи профілактики статевих розладів у хворих, яким планують проведення хірургічного лікування на сечовому міхурі.

Статеві розлади характеризуються порушеннями сексуального бажання та психофізіологічними змінами, пов'язаними зі статевим циклом. Фази цього циклу: 1) наростання статевого збудження; 2) підтримання статевого збудження на одному рівні (фаза плато); 3) оргазм; 4) розслаблення – супроводжується відповідними фізіологічними змінами в організмі чоловіка та жінки та використовується для визначення діагнозів статевих порушень згідно з Конференцією консенсусу Всесвітньої організації охорони здоров'я [2,3]. Загалом, найбільш поширена статевая дисфункція у чоловіків – передчасна еякуляція. Ерекційна дисфункція (ЕД) у чоловіків посідає друге рангове місце серед статевих розладів та визначається як неспроможність досягти або підтримувати ерекцію статевого члена достатньою для проведення задовільного статевого акту [4]. Вважається, що 152 мільйона чоловіків у всьому світі страждають на ЕД [4]. Домінуючими етіологічними чинниками ЕД є органічні та психогенні. Окрім цього, впливають супутні хвороби та ятрогенні фактори, зокрема, пов'язані із хірургічним втручанням на органах малої миски. Статеві розлади у жінок є складним явищем, спричиненим порушеннями у статевому циклі. Чинниками, що уражають цей цикл, є анатомічні, фізіологічні, психологічні, соціальні та ятрогенні.

Загалом, будь яка пухлинна патологія, що уражає органи малої миски, або сама пухлина, або будь-який метод її лікування може призвести до статевих розладів. Пухлини жіночої статевої сфери, пухлини травного тракту, пухлини сечового міхура можуть бути чинниками статевих розладів. Якість життя – важливий компонент мультимодального лікування раку, тому статева функція є одним з критичних показників та факторів оцінки якості життя.

ЕД може бути спричинена органічними (судинні, нейрогенні, гормональні причини) або психогенними факторами. ЕД, що настає після операції на органах малого таза зазвичай настає внаслідок нейрогенних причин, зумовлених травмою кавернозних гілок срамних нервів. [8] Унаслідок цього відбувається інтенсивна перебудова тканини статевого члена, що супроводжується зменшенням кількості гладком'язових клітин та збільшенням синтезу колагену. Це призводить до зниження податливості кавернозних тіл та білкової оболонки статевого члена під час ерекції [9].

Ефективність нервово-зберігальної методики для збереження статевої функції у чоловіків після радикальної цистектомії складає приблизно 50% [1], проте запропоновані нові модифікації до стандартної цистектомії, які очікувано поліпшать цей показник. Muto зі співавторами розробили

методику цистектомії зі збереженням сім'яних міхурців, при якій виконували дисекцію задньої стінки сечового міхура попереду площини сім'яних міхурців зі збереженням сім'яносних проток, сім'яних міхурців, капсули передміхурової залози та нервово-судинних пучків. Автори повідомили про 95% збереження нормальної ерекційної функції при середньому терміні спостереження 68 міс. Цю методику видалення сечового міхура автори виконували хворим, в яких було відсутнє пухлинне ураження шийки сечового міхура та передміхурової залози. Ця методика також допомагає зберегти еякуляторну функцію. У подібній роботі Colombo зі співавторами [11] спостерігали подібні задовільні клініко-функціональні результати відновлення ерекційної функції після цистектомії зі збереженням нервових пучків та сім'яних міхурців. Автори наголошують, що ця методика видалення сечового міхура може бути запропонована лише хворим молодого віку, з повністю збереженою статевою функцією до операції, соціально активним індивідам з органолокалізованим РСМ. Burday зі співавторами [12] доповідають про задовільні результати збереження статевої функції після цистектомії з частковим або повним збереженням передміхурової залози. Ці результати збігаються з отриманими в подібних клінічних дослідженнях інших авторів, які виконували повне або часткове збереження передміхурової залози [13–17]. Ці роботи підкреслюють, що ризик розвитку ЕД після видалення ураженого РСМ залежить від поширеності пухлинної патології та збереження передміхурової залози.

З наведеного вище випливає, що головним чинником порушення ерекційної функції у чоловіків є ятрогенна травма срамного нерва під час операції, що призводить до структурних перебудов тканини статевого члена, які унеможливають відновлення ерекції. Таким чином, головним шляхом профілактики ЕД є максимальне збереження нервових волокон, що забезпечують іннервацію статевого члена та передміхурової залози за умови збереження онкологічної радикальності виконання операції.

ВИСНОВКИ

Статеві розлади у хворих на рак сечового міхура чоловіків є поширеним явищем, що вражає більшість хворих, яким виконували радикальну цистектомію. Збереження ерекційної функції відзначено у всіх хворих, яким виконана простатозберігальна цистектомія. Таким чином, головним профілактичним заходом для запобігання ЕД є збереження волокон срамного нерва. Збереження статевої функції важливо для 60% оперованих хворих на рак сечового міхура.

Половые расстройства у больных раком мочевого пузыря после хирургического лечения П.Г. Яковлев, В.С. Сакало, В.В. Мрачковский

Изучали путем опроса состояние половой функции у 45 больных раком мочевого пузыря после радикальной цистэктомии, проведенной в течение последних двух лет в отделении урологии Киевского городского клинического онкологического центра. В послеоперационный период пациенты признали приоритетными следующие вопросы касательно собственного здоровья (по порядку уменьшения важности): 1) радикальность онкологического лечения; 2) полная физическая реабилитация; 3) возможность функционировать в обществе в полном объеме; 4) восстановление половой функции. Сохранение эректильной функции признали как важный 60% прооперированных мужчин. Мероприятия по сохранению эректильной функции у больных раком мочевого пузыря, запланированные на проведение цистэктомии, включают сохранение предстательной железы и невредимость волокон срамного нерва.

Ключевые слова: рак мочевого пузыря, цистэктомия, эректильная дисфункция.

Sexual disorders in urine bladder cancer patients after surgical treatment P.G. Yakovlev, V.S. Sakalo, V.V. Mrachkovskiy

We studied potency and health related issues in randomly selected 45 patients treated with radical cystectomy during last two years in department of urology in Kiev municipal clinical oncology center with diagnosis. Standardized questionnaires have been used. Studied patients ranked health issues in following priority: 1. Effectiveness of cancer treatment, 2. Soon and complete physical and social rehabilitation, 3. Perception of self after removing urine bladder, and 4. preservation of sexual function. Preservation of erectile function was important for 60% of males who were potent prior to surgery. Main measures to preserve erectile function in patients subject to removal of urine bladder is preservation of prostate and fibers of pudendus nerve.

Key words: urine bladder cancer, cystectomy, potency, erectile dysfunction.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРИ

- Miranda-Sousa A.J. Sexual function after surgery for prostate or bladder cancer / Miranda-Sousa A.J., Davila H.H., Lockhart J.L. et al. // *Cancer Control.* – 2006. – № 13 (3). – P. 179–87.
- World Health Organization: ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. World Health Organization: Geneva; 1992.
- Basson R. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications / Basson R., Berman J., Burnett A. et al. // *J Urol.* – 2000. – № 163. – P. 888–893.
- McKinlay J.B. The worldwide prevalence and epidemiology of erectile dysfunction. // *Int J Impot Res.* – 2000. – № 12 (Suppl 4). – S6–S11.
- Rajfer J. Nitric oxide as a mediator of relaxation of the corpus cavernosum in response to nonadrenergic, noncholinergic neurotransmission / Rajfer J., Aronson W.J., Bush P.A. et al. // *N Engl J Med.* – 1992. – № 326. – P. 90–94.
- Lue T.F. Erectile dysfunction // *N Engl J Med.* – 2000. – № 342. – P. 1802–1813.
- Andersson K.E. Physiology of penile erection / Andersson K.E., Wagner G. // *Physiol Rev.* – 1995. – № 75. – P. 191–236.
- De Luca V. Damage to the erectile function following radical pelvic surgery: prevalence of veno-occlusive dysfunction / De Luca V., Pescatori E.S., Taher B. et al. // *Eur Urol.* – 1996. – № 29. – P. 36–40.
- User H.M. Penile weight and cell subtype specific changes in a post-radical prostatectomy model of erectile dysfunction / User H.M., Hairston J.H., Zelner D.J. et al. // *J Urol.* – 2003. – № 169. – P. 1175–1179.
- Muto G. Seminal sparing cystectomy and ileocapsuloplasty: long-term followup results. / Muto G., Bardari F., D'Urso L. et al. // *J Urol.* – 2004. – № 172. – P. 76–80.
- Colombo R. Overall clinical outcomes after nerve and seminal sparing radical cystectomy for the treatment of organ confined bladder cancer / Colombo R., Bertini R., Salonia A. et al. // *J Urol.* – 2004. – № 171. – P. 1819–1822.
- Burday D. Prostate-Sparing Radical Cystectomy: Erectile Function and Continence. / Burday D., Weber T., Thurman S. et al. // *J Urol.* – 2005. – № 173. – P. 93.
- Saidi A. Prostate-sparing cystectomy: long-term functional and oncological results in a series of 25 cases / Saidi A., Nahon O., Daniel L. et al. // *Prog Urol.* – 2004. – № 14. – P. 172–177.
- Sebe P. Cystectomy with preservation of the prostate in the treatment of bladder tumours: anatomical basis, surgical techniques, indications and results / Sebe P., Traxer O., Cussenot O. et al. // *Prog Urol.* – 2003. – № 13. – P. 1279–1285.
- Zhou F.J. Radical cystectomy with sparing partial prostate for invasive bladder cancer / Zhou F.J., Qin Z.K., Han H. et al. // *Ai Zheng.* – 2003. – № 22. – P. 1066–1069.
- Meinhardt W. Sexuality preserving cystectomy and neobladder (SPCN): functional results of a neobladder anastomosed to the prostate / Meinhardt W., Horenblas S. // *Eur Urol.* – 2003. – № 43– P. 646–650.
- Vallancien G. Cystectomy with prostate sparing for bladder cancer in 100 patients: 10-year experience / Vallancien G., Abou El Fettouh H., Cathelineau X. et al. // *J Urol.* – 2002. – № 168. – P. 2413–2417.

Клинические особенности течения хронического калькулезного пиелонефрита в активной фазе воспаления

Хаддад Сами, А.В. Борисов

Одесский национальный медицинский университет

Хронический калькулезный пиелонефрит (ХКП) одно из самых распространенных заболеваний почек во всех возрастных группах. Частота которого за последние годы прогрессивно увеличивается и занимает третье место в структуре распространенных урологических заболеваний.

Калькулезный пиелонефрит характеризуется тенденцией к длительному течению, хронизацией процесса и развитию системных осложнений.

В настоящее время известно, что наличие хронического рецидивирующего калькулезного пиелонефрита обусловлено совпадающими во времени проявлениями вирулентных свойств персистирующих бактерий, изменениями резистентности организма и нарушение внутривисцеральной гемодинамики, которые в значительной мере инициируются самим инфекционным агентом, отрицательно влияющим на течение патологического процесса и эффективность лечебных мероприятий.

До настоящего времени остаются мало изученными патогенетические механизмы ХКП, влияние провоспали-

тельных факторов и глубинных метаболических нарушений.

В связи с изложенным выше, комплексному клиническому и лабораторному исследованию подвергнуты 29 больных калькулезным пиелонефритом в фазе активного воспаления (обоих полов), в возрасте от 18 до 49 лет. Контрольную группу составили 27 практически здоровых лиц.

В результате проведенных исследований установлено существенное повышение содержания изучаемых эйкозеноидов (простагландинов, лейкотриенов), отмечено значительное снижение активности процессов детоксикации и угнетение метаболических превращений в организме больных активно протекающим калькулезным пиелонефритом.

Изложенное выше определяет целесообразность проведения комплексной терапии больных этого контингента, направленной на патогенетически обоснованную коррекцию выявленных изменений, снижение частоты осложнений и повышения эффективности лечебных мероприятий.