

УДК 616-089.844:611.64:616-089.85-006.6

## ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ РАДИКАЛЬНУЮ ПРОСТАТЭКТОМИЮ ПО ПОВОДУ ЛОКАЛЬНОГО РАКА ПРОСТАТЫ

© 2005 г. *А.Н. Шевченко*

The new method of radical prostatectomy with intraoperative phalloendoprosthetics is presented. Intraoperative phalloendoprosthetics allows to reduce the rate of postoperative erectile dysfunction and to restore it in patients who had suffered from absence of erection.

Радикальная простатэктомия при локальном раке предстательной железы обладает несомненными преимуществами, однако существуют осложнения, среди которых ведущим является вторичная эректильная дисфункция. Данное осложнение развивается вследствие интраоперационного повреждения сосудисто-нервных пучков, проходящих латерально от боковых отделов предстательной железы, обеспечивающих эрекцию [1–3].

Р.С. Walsh и Р. J. Donker [4] определили топографо-анатомические ориентиры сосудисто-нервных пучков, обеспечивающих эректильную функцию. Они разработали методику нервсберегающей РП, позволяющую улучшить половую функцию. Согласно рекомендациям Первых международных консултации по раку простаты (1996), нервсберегающая операция имеет строгие показания: 1) нормальная потенция до операции и желание больного ее сохранить; 2) локальный рак простаты; 3) суммарный индекс Глисона в биоптатах менее 8; 4) отсутствие признаков опухолевого поражения верхушки простаты. По мнению Н. Huland [5], последнее условие имеет решающую роль.

Несмотря на достаточную теоретическую обоснованность и накопленный практический опыт методики Walsh, многими авторами она признана достаточно сложной в техническом исполнении. Это связано с тем, что указанная методика не учитывает тип телосложения больного и выполняется позадилоном доступом. Расширение показаний к радикальной простатэктомии при местно-распространенном раке простаты не позволяет сохранить сосудисто-нервные пучки, что ведет к отсутствию эрекции.

В последнее время публикуются работы, показывающие, что даже сохраняя сосудисто-нервные пучки при радикальных вмешательствах (простатэктомия, цистэктомия), не всегда восстанавливается эректильная функция [6].

В связи с вышеприведенным необходим поиск альтернативных подходов к решению данной проблемы, одним из которых быть интракавернозное фаллоэндопротезирование.

Для сравнительной оценки эректильной функции и ее восстановления после радикальной простатэктомии больные, перенесшие радикальную позадилодную простатэктомию, были разделены на три группы.

Основную группу составил 21 больной, которым во время радикальной позадилонной простатэктомии выполнялось интракавернозное фаллоэндопротезирование (ФЭП).

Во вторую группу были включены 16 пациентов, которым выполняли радикальную простатэктомию с сохранением сосудисто-нервного пучка (НСМ – нервсберегающая методика).

В третью группу вошли 24 больных, которым была выполнена стандартная радикальная простатэктомия без сохранения сосудисто-нервного пучка и фаллоэндопротезирования (станд.).

Три выделенные подгруппы не имели принципиальных различий по возрастным характеристикам, распределению стадий заболевания и степени дифференцировки опухолей, сопутствующей соматической патологии, но при оценке сексуальной функции у больных трех подгрупп были некоторые различия.

После операции по стандартной методике практически у всех больных развивалась полная сосудистая эректильная дисфункция. Специальные исследования оценки степени развившейся импотенции, рекомендованные у пациентов с соматогенными эректильными расстройствами (исследования сосудистой системы полового члена, электромиографические исследования), мы не проводили.

Исходное состояние половой функции и послеоперационного сексуального статуса определяли, применяя анкету для оценки сексуального здоровья мужчины (МИЭФ-5) и кавернозографию. По рекомендациям R.C. Rosen, J.C. Cappelleri [7], если ответ составляет 21 балл и меньше, следует говорить об эректильной дисфункции.

Сравнительная характеристика эректильной функции у больных в зависимости от вида операции представлена в табл. 1.

*Таблица 1.*

### **Показатели эректильной функции в зависимости от вида операции.**

Эректильная функция		ФЭП	НСМ	Станд.
Сохранена		6	16	11
Отсутствует		15	0	13
Количество баллов по анкете МИЭФ-5	Минимальное	6	8	3
	Максимальное	23	22	24
	Среднее у больных с сохраненной эрекцией	12	13,2	12,9
	Среднее у больных подгруппы	3,4	13,2	5,9

Лишь один больной в первой подгруппе до операции не имел признаков эректильной дисфункции. Из 16 больных второй подгруппы полного отсутствия эректильной функции не отмечено. В то же время средний балл по результатам анкетирования составил 13,2. Границы значения этого показателя составили 8–22. Удовлетворительной эректильной функцией оказалась лишь у 5 больных. В третьей подгруппе из 24 пациентов у 11

эректильная функция была сохранена. Количество баллов у больных этой подгруппы составило 3–24, в среднем равняясь 12,9. Здесь также, как и в первой группе, только у одного пациента качество половой функции оказалось удовлетворительным.

Характеристики операций и течение послеоперационного периода у больных трех групп не имели достоверного различия.

Оценка восстановления копулятивной функции проводилась у пациентов всех групп. Временными критериями были: возможность проведения половых актов через 3 месяца после операции; качество половой жизни через 6 месяцев после радикального вмешательства.

По достижении трех месяцев после радикальной простатэктомии выявлено, что в первой подгруппе 18 больных достигли 24 баллов при анкетировании. У одного больного сумма баллов составила 23. Еще двое пациентов не жили половой жизнью (0 баллов). Во второй подгруппе трое больных с сохранившейся эректильной функцией набрали 16, 17 и 21 балл, отвечая на вопросы анкеты. Остальные 13 пациентов не пытались совершить половой акт, так как эректильная функция отсутствовала. В третьей подгруппе только один больной (4,2 %) имел возможность проведения половых актов. При этом в количественном выражении (18 баллов) качество эректильной функции оказалось неудовлетворительным.

Наибольшее среднее значение балла анкеты МИЭФ-5 (21,7) получено при анкетировании больных первой подгруппы, что оказалось достоверно выше ( $p = 0,01$ ) показателей, полученных во второй (3,37) и третьей (0,75) подгруппах. Показатели, полученные при ответах на вопросы анкеты больных второй и третьей подгрупп, достоверно не отличались ( $p = 0,1$ ).

При обследовании больных трех подгрупп через 6 месяцев после оперативного вмешательства в первой подгруппе у 20 больных (95,2 %) качество эректильной функции оказалось удовлетворительным (23–24 балла). У одного больного половая жизнь отсутствовала (0 баллов). Во второй подгруппе у четверых больных с сохранившейся эректильной функцией количество баллов составило 16, 17, 21 и 21 балл (только у двух больных качество эрекции являлось удовлетворительным). У 12 пациентов (75 %) проведение полового акта, по-прежнему, оставалось невозможным. В третьей подгруппе только один больной (4,2 %) имел возможность проведения половых актов. При этом в количественном выражении (16 баллов) качество эректильной функции оказалось неудовлетворительным.

Анализ результатов восстановления эректильной функции в течение шести месяцев после оперативного вмешательства показал, что имеются различия в динамике качества половой функции в зависимости от вида операции (табл. 2).

Сравнительный анализ показателей удовлетворительной эректильной функции в трех группах показал, что в первой группе на предоперационном этапе удовлетворительная эректильная функция диагностирована у одного больного (4,8 %), через 6 месяцев – у 20 (95,2 %). Рост показателя

составил 90,4 %, что оказалось достоверно ( $p = 0,005$ ). Во второй и третьей группах этот показатель снизился на 18,8 и 4,2 % соответственно.

Таблица 2

**Динамика эректильной функции  
у больных с различными видами операций, абс./%**

Эректильная функция		ФЭП	НСМ	Станд.
Удовлетворительная	До операции	1 / 4,8	5 / 31,3	1 / 4,2
	После операции	20 / 95,2	2 / 12,5	0
Неудовлетворительная	До операции	5 / 23,8	11 / 68,8	10 / 41,7
	После операции	0	2 / 12,5	1 / 4,2
Отсутствие	До операции	15 / 71,4	0	13 / 54,2
	После операции	1 / 4,8	12 / 75	23 / 95,8
Среднее значение количества баллов	До операции	3,4	13,2	5,9
	После операции	22,8	4,7	0,67

Важным, на наш взгляд, является динамика показателя потери эректильной функции после операции. Во всех трех группах показатель отсутствия эректильной функции достоверно менялся. В первой группе количество больных, у которых отсутствовала половая функция, достоверно ( $p = 0,01$ ) снизилось, во второй и третьей группах, наоборот, произошло увеличение количества больных с отсутствием эректильной функции (на 75 и 44,6 % соответственно).

Таким образом, радикальная позадилоная простатэктомия с одномоментным фаллоэндопротезированием позволяет достоверно ( $p = 0,03$ ) снизить частоту развития эректильной дисфункции и восстановить ее у больных, которые до операции страдали отсутствием эрекции. Это определяет как физиологическое, так и социальное (в том числе семейное) благополучие. Последнее обстоятельство является неотъемлемой и важной составляющей качества жизни.

**Литература:**

1. Матвеев Б.П., Бухаркин Б.В. Рак предстательной железы. М., 1999.
2. Пушкарь Д.Ю., Раснер П.И. // Диагностика и лечение рака предстательной железы: Материалы 3-го Междунар. урологического симп. Нижний Новгород, 2003. С. 44.
3. Переверзев А.С., Коган М.И. Рак простаты. Харьков, 2004.
4. Walsh P.C., Donker P.J. // J. Urol. 1982. № 128. P. 492 – 497.
5. Huland H., Hubner D. // Urology. 1994. № 44. P. 211–214.
6. Гоцадзе Д.Т., Чакветадзе В.Т. // Материалы III съезда онкологов и радиологов стран СНГ. 2004. Ч. II. С. 231.
7. Rosen R.C. et al. // Int. J. Impotence Research. 1998. № 10. P. 30–35.