

УДК 616-089.12:611.637-006.6

УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЁННЫМ И ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ РАКОМ ПРОСТАТЫ, ПЕРЕНЁСШИХ ХИРУРГИЧЕСКУЮ АНДРОГЕННУЮ ДЕПРИВАЦИЮ, ПУТЁМ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ФУНКЦИИ

© 2011 г. А.В. Фаенсон

Ростовский научно-исследовательский
онкологический институт,
ул. 14 линия, 63, г. Ростов н/Д, 344037,
rnioi@list.ru

Rostov Research
Oncologic Institute,
14 liniya, 63, Rostov-on-Don, 344037,
rnioi@list.ru

Изучены состояние эректильной функции и психологический статус больных местно-распространённым и генерализованным раком простаты, подвергшихся хирургической кастрации, до и после выполнения фаллоэндопротезирования. Выполнена коррекция эректильной функции у 20 больных раком простаты III-IV стадий, ранее подвергшихся хирургической кастрации. Коррекцию эректильной дисфункции проводили путём выполнения фаллоэндопротезирования.

Установлено, что выполнение фаллоэндопротезирования позволяет в значительной степени улучшить качество жизни тех больных, для которых утрата эректильной функции (вследствие проведённого ранее лечения) является тяжёлой психоэмоциональной травмой.

Ключевые слова: рак простаты, хирургическая андрогенная депривация, эректильная дисфункция, фаллоэндопротезирование.

The condition of erectile function and psychological status of patients with locally advanced prostate cancer and generalized undergoing surgical castration before and after phalloendoprosthetics. Corrects erectile function in 20 patients with prostate cancer stage III-IV, previously subjected to surgical castration. Correction of erectile dysfunction was carried out by performing phalloendoprosthetics.

It is established that the implementation of phalloendoprosthetics would greatly improve the quality of life for those patients for whom the loss of erectile function (due to an earlier treatment) is a severe psychological and emotional trauma.

Keywords: prostate cancer, surgical androgen deprivation, erectile dysfunction, phalloendoprosthetics.

В настоящее время принято, что больным местно-распространённым и генерализованным раком простаты проводится гормональное лечение в виде максимальной андрогенной блокады [1].

Первично выраженный клинический эффект гормонотерапии объясняется торможением или блокированием роста андроген-зависимых и андроген-чувствительных клеток. Чувствительность рака предстательной железы зависит от соотношения трех типов клеток в тканях опухоли. Большинство гормонозависимых опухолей, в структуре которых имеется до 80 % гормоночувствительных клеток и около 20 % гормонорезистентных клеток, отчетливо реагируют на эндокринотерапию.

В большинстве стран двухсторонняя орхидэктомия до сих пор считается методом выбора лечения распространённого рака простаты. Это относительно простая операция, которую можно выполнить под местной или неглубокой общей анестезией.

Удаление яичек приводит к быстрому выраженному падению циркулирующего тестостерона (с нормального уровня 8–35 до 1–1,5 н/моль/л). Этот кастрационный уровень тестостерона достигается в течение 21,2 ч [2].

Абсолютные показания к билатеральной орхидэктомии у пациентов с метастазирующим раком простаты:

- немедленное понижение уровня тестостерона до кастрационных уровней при нарастающей опасности компрессии спинного мозга или при сильных постоянных болях в тазу, позвоночнике;
- плохая переносимость ежедневного приема лекарств антиандрогенной направленности или инъекции через регулярные интервалы;

– отказ пациента или его родственников от гормонального лечения по причине дороговизны лекарств, что приходится констатировать нередко.

Хирургическая кастрация у большинства пациентов ассоциируется с утратой сексуальной функции и сопряжена с серьезными переживаниями и беспокойствами, наблюдаемыми у 40 – 60 % пациентов.

Имеются ряд других отрицательных моментов билатеральной орхидэктомии: снижение мышечной массы тела, остеопороз с повышенным риском костных переломов, снижение уровня гемоглобина на 10 %.

Билатеральная орхидэктомия вызывает у мужчин 95%-ю редукцию циркулирующего тестостерона в сыворотке крови. Остальные 5 % продуцируются надпочечниками. Хирургическая кастрация индуцирует слабый тестостероновый синдром, который включает множество потенциально опасных изменений. Эти симптомы в той или иной степени присущи всем видам андрогенной аблационной терапии, но наиболее отчетливы при хирургической кастрации. Основными из них являются приливы жара, анемия, остеопороз, сексуальная дисфункция.

Р.О. Hedlung [3] предлагает у леченных таким методом больных выделить синдром кастрации.

Синдром кастрации:

- потеря либидо и сексуального влечения;
- эректильная дисфункция – импотенция;
- утомляемость;
- снижение интеллектуальных способностей;
- психологическое беспокойство – депрессия;
- уменьшение мышечного тонуса;
- увеличение жировых отложений (живот);
- снижение физической активности.

Механизм приливов жара, которые встречаются приблизительно у 50 % пациентов, объясняется гипогонадизмом, приводящим к высоким концентрациям адренергического медиатора в гипоталамусе, стимулирующим не только нейроны ЛГРГ, но также и терморегулирующий центр. Приливы жара эффективно лечатся малыми дозами эстрогенов или стероидных антиандрогенов, которые вызывают негативную ответную реакцию в гипоталамо-гипофизарной оси, сокращая таким образом выработку веществ адренергического медиатора.

Билатеральная орхидэктомия остается стандартом, с которым сравниваются все формы гормональной терапии диссеминированного рака простаты. Удаление андрогенов останавливает клеточную пролиферацию и активизирует запрограммированную клеточную смерть (апоптоз).

Отмечается явное стремление специалистов к ренессансу орхидэктомии в лечении запущенных форм.

Достигнутые в результате кастрации уровни тестостерона в плазме остаются неизменными в течение последующей жизни пациента.

Не существует компенсаторного возрастания адринальных стероидов после орхидэктомии. У некоторых пациентов после орхидэктомии может возрасти частота обострений ишемической болезни сердца. Во многом это может быть связано с имеющейся ранее патологией и перенесенным эмоциональным стрессом. Орхидэктомия является наиболее убедительной и эффективной «антигормональной акцией».

Несомненно, эффективность хирургической кастрации как традиционного способа снижения тестостерона до сих пор превосходит все медикаментозные методики [4]. В то же время следует учесть, что для некоторых мужчин кастрация является недопустимым покушением на их мужское достоинство, и их самолюбие необходимо уважать. Но поскольку этот метод эффективен и вызывает ремиссию у большинства больных, среди клиницистов не отмечается особого интереса к психологическому благополучию больных после данной операции.

Целью нашего исследования являлось улучшение качества жизни больных местно-распространенным и генерализованным раком простаты за счёт восстановления эректильной функции (после выполнения хирургической кастрации).

Материалы и методы

В наше исследование вошли 20 больных местно-распространенным и генерализованным раком простаты, ранее подвергшихся хирургической кастрации (в рамках проведения максимальной андрогенной блокады), которым с целью восстановления эректильной функции выполнено фаллоэндопротезирование. Эти больные находились в отделении онкоурологии Ростовского научно-исследовательского онкологического института с 2005 по 2009 г.

Критерием для осуществления данной операции служило настоятельное желание больного.

16 больных (80 %) имело III стадию заболевания, 4 больных – IV (с метастатическим поражением костей). Распределение больных по возрасту было сле-

дующим: 51–60 лет – 16 чел. (80 %), 61–70 лет – 4 (20 %). У всех больных верифицирована аденокарцинома различной степени дифференцировки. У 2 больных (10 %) выявлена высокодифференцированная аденокарцинома. У 12 больных (60 %) выявлена аденокарцинома средней степени дифференцировки опухоли. Ещё у 6 больных (30 %) имела место низкодифференцированная аденокарцинома.

Эректильную функцию исследовали при помощи опросника МИЭФ, т.е. анкеты, заполняемой пациентом, которая позволяет врачу оценить выраженность имеющихся сексуальных нарушений (эректильная и оргазмическая функция, либидо, удовлетворенность половым актом и т.д.).

Все больные предъявляли жалобы на стойкую эректильную дисфункцию, развившуюся после выполнения хирургической кастрации (индекс МИЭФ у всех 20 больных – 7 баллов), и настаивали на восстановлении эректильной функции.

Нам представлялось крайне интересным оценить особенности психологического статуса данной категории больных, настаивающих на восстановлении эректильной функции. Данный интерес вызван достаточно малой численностью этой группы относительно всей популяции больных.

С этой целью мы использовали опросник Шмишека – личностный опросник, который предназначен для диагностики типа акцентуации личности, является реализацией типологического подхода к ее изучению.

Теоретической основой опросника является концепция «акцентуированных личностей» К. Леонгарда [5]. В соответствии с этой концепцией все черты личности могут быть разделены на основные и дополнительные. Основные черты – стержень личности, они определяют ее развитие, процессы адаптации, психическое здоровье. При значительной выраженности основные черты характеризуют личность в целом. В случае воздействия неблагоприятных факторов они могут приобретать патологический характер, разрушая структуру личности. Личности, у которых основные черты ярко выражены, названы К. Леонгардом акцентуированными. Акцентуированные личности не следует рассматривать в качестве патологических. Это случай «заострения» определенных, присущих каждому человеку, особенностей. По К. Леонгарду, в акцентуированных личностях потенциально заложены как возможности социально положительных достижений, так и социально отрицательный заряд.

К. Леонгардом выделены 10 типов акцентуированных личностей, которые достаточно произвольно разделены на две группы: акцентуации характера (демонстративный, педантичный, застревающий, возбудимый) и темперамента (гипертимический, дистимический, тревожно-боязливый, циклотимический, аффективно-экзальтированный, эмотивный).

Также мы использовали тест исследования тревожности по Спилбергеру, который является информативным способом самооценки уровня тревожности в данный момент (реактивная тревожность как состояние) и личностной тревожности (как устойчивая характеристика человека).

Измерение тревожности как свойства личности особенно важно, так как это свойство во многом обу-

славливает поведение субъекта. Определенный уровень тревожности – естественная и обязательная особенность активной деятельной личности. У каждого человека существует свой оптимальный, или желательный, уровень тревожности – это так называемая полезная тревожность. Оценка человеком своего состояния в этом отношении является для него существенным компонентом самоконтроля и самовоспитания.

Под личностной тревожностью понимается устойчивая индивидуальная характеристика, отражающая predisposed субъекта к тревоге и предполагающая наличие у него тенденции воспринимать достаточно широкий «веер» ситуаций как угрожающие, отвечая на каждую из них определенной реакцией. Как predisposed личная тревожность активизируется при восприятии определенных стимулов, расцениваемых человеком как опасные для самооценки, самоуважения. Ситуативная или реактивная тревожность как состояние характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями: напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью. Это состояние возникает как эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию и может быть разным по интенсивности и динамичности во времени.

Личности, относимые к категории высокотренируемых, склонны воспринимать угрозу своей самооценке и жизнедеятельности в обширном диапазоне ситуаций и реагировать весьма выраженным состоянием тревожности. Если психологический тест обнаруживает у испытуемого высокий показатель личностной тревожности, то это дает основание предполагать у него появление состояния тревожности в разнообразных ситуациях, особенно когда они касаются оценки его компетенции и престижа.

Большинство из известных методов измерения тревожности позволяет оценить только или личностную тревожность, или состояние тревожности, либо более специфические реакции. Единственной методикой, позволяющей дифференцированно измерять тревожность и как личностное свойство, и как состояние, является методика, предложенная Ч.Д. Спилбергером [6].

Коррекцию эректильной дисфункции проводили фаллоэндопротезированием, которое выполнялось полужесткими силиконовыми протезами отечественного производства путём их интракавернозной имплантации. Фаллоэндопротезы данной конструкции выпускаются различной длины и толщины, эластичны, упруги, химически и физически инертны, термостабильны, механически прочны и долговечны, легко стерилизуются [7].

Было обращено особое внимание на особенности психологического статуса данной категории больных. Этот интерес вызван достаточно малой численностью этой группы относительно всей популяции больных.

С целью выявления особенностей характера пациентов нами был использован личностный опросник Шмишека, который предназначен для диагностики имеющейся акцентуации личности и уточнения её типа.

В результате проведения данного исследования были получены достаточно интересные данные: у всех исследуемых больных выявлено два ярко выраженных типа акцентуаций характера.

У 12 больных (60 %) – педантичный тип. Лица этого типа отличаются повышенной ригидностью, инертностью психических процессов. 8 больных (40 %) относились к застревающему типу, для которого характерна чрезмерная стойкость аффекта. Объединяет оба этих типа акцентуаций неспособность к вытеснению травмирующих переживаний. Также были изучены уровни личностной и реактивной тревожности у данной категории больных. С этой целью был применён тест исследования тревожности Спилбергера – Ханина. При интерпретации показателей использовались следующие ориентировочные оценки тревожности: до 30 баллов – низкая; 31 – 44 – умеренная; 45 и более – высокая.

Личности, относимые к категории высокотренируемых, склонны воспринимать угрозу своей самооценке и жизнедеятельности в обширном диапазоне ситуаций и реагировать весьма выраженным состоянием тревожности. Если психологический тест выявляет у испытуемого высокий показатель личностной тревожности, то это дает основание предполагать у него появление состояния тревожности в разнообразных ситуациях, особенно когда они касаются оценки его компетенции и престижа.

Лицам с высокой оценкой тревожности следует формировать чувство уверенности и успеха. Им необходимо смещать акцент с внешней требовательности, категоричности, высокой значимости в постановке задач на содержательное осмысление деятельности и конкретное планирование по подзадачам.

Для низкотренируемых людей, напротив, требуется пробуждение активности, подчеркивание мотивационных компонентов деятельности, возбуждение заинтересованности, высветление чувства ответственности в решении тех или иных задач.

Состояние реактивной (ситуационной) тревоги возникает при попадании в стрессовую ситуацию и характеризуется субъективным дискомфортом, напряженностью, беспокойством и вегетативным возбуждением. Естественно, это состояние отличается неустойчивостью во времени и различной интенсивностью в зависимости от силы воздействия стрессовой ситуации. Таким образом, значение итогового показателя по данной подшкале позволяет оценить не только уровень актуальной тревоги испытуемого, но и определить, находится ли он под воздействием стрессовой ситуации и какова интенсивность этого воздействия на него.

Личностная тревожность представляет собой конституциональную черту, обуславливающую склонность воспринимать угрозу в широком диапазоне ситуаций. При высокой личностной тревожности каждая из этих ситуаций будет обладать стрессовым воздействием на субъекта и вызывать у него выраженную тревогу. Очень высокая личностная тревожность прямо коррелирует с наличием невротического конфликта, с эмоциональными и невротическими срывами и психосоматическими заболеваниями.

Сопоставление результатов по обоим подшкалам дает возможность оценить индивидуальную значимость стрессовой ситуации для испытуемого. Шкала Спилбергера в силу своей относительной простоты и эффективности широко применяется в клинике с раз-

личными целями: определение выраженности тревожных переживаний, оценка состояния в динамике.

При проведении исследования до выполнения фаллоэндопротезирования было выявлено, что у всех больных данной группы отмечается очень высокий уровень как личностной, так и реактивной (ситуативной) тревожности (в среднем – от 48 до 50 баллов).

Все 20 больных (100 %) предъявляли активные жалобы на стойкую эректильную дисфункцию, развившуюся после хирургической кастрации, что подтверждалось результатами опросника МИЭФ: индекс – 7 баллов.

Всем больным, изъявлявшим настойчивое желание восстановить эректильную функцию, при отсутствии противопоказаний было выполнено фаллоэндопротезирование.

Обсуждение результатов

Изучение отдаленных результатов показало, что удовлетворительный косметический и функциональный эффект достигнут у 19 наших больных (95 %). Индекс МИЭФ у всех этих больных после операции составил 45 баллов. Все пациенты возобновили половую жизнь через 2–3 мес. после операции.

Соккрытие полового члена в обыденной жизни происходит без труда у всех больных. Однако, несмотря на хорошую переносимость протезов, многие пациенты указывают на то, что неизбежна определенная адаптация, вызванная новым положением органа.

Боли практически полностью исчезали у всех больных к 2 мес. после операции. К 6 мес. больные переставали замечать наличие инородных тел в половом члене.

У всех больных появилась возможность регулярно совершать половой акт, при котором в большинстве случаев получали удовлетворение оба сексуальных партнера. Все пациенты довольны своей половой жизнью в связи с приобретенной способностью удовлетворять партнершу.

После операции вновь были изучены уровни личностной и реактивной тревожности у данной категории больных.

Уровень личностной тревожности не претерпел изменений по сравнению с показателями до операции. Это объясняется тем, что личностная тревожность представляет собой конституциональную черту. При исследовании реактивной (ситуационной) тревожности выявлено, что у всех больных её уровень кардинально изменился. Отмечается низкий уровень реактивной тревожности (средний балл – 26–28). Это можно объяснить лишь тем, что из жизни пациентов исчезла крайне травмирующая их стрессовая ситуация.

Все больные в первую очередь отмечают положительный психоэмоциональный эффект от выполнения фаллоэндопротезирования. Способность вести сексуальную жизнь значительно подняла их самооценку, что способствовало наиболее безболезненной адаптации к условиям, созданным тяжёлым заболеванием и необходимостью постоянного лечения.

Выводы

1. Выполнение хирургической кастрации (в плане проведения максимальной андрогенной блокады) приводит к стойкой эректильной дисфункции, что подтверждалось результатами опросника МИЭФ: индекс – 7 баллов у всех 20 (100 %) больных. Выполнение фаллоэндопротезирования позволило восстановить эректильную функцию у 19 (95 %) больных: индекс МИЭФ – 45 баллов.

2. Все больные местно-распространённым и генерализованным раком простаты, активно настаивающие на восстановлении эректильной функции (после выполненной ранее хирургической кастрации), обладают схожими типами акцентуации характера. У 12 больных (60 %) выявлен педантичный тип. Лица этого типа отличаются повышенной ригидностью, инертностью психических процессов.

8 больных (40 %) относились к застревающему типу, для которого характерна чрезмерная стойкость аффекта. Объединяет оба этих типа акцентуаций неспособность к вытеснению травмирующих переживаний.

3. При изучении психического статуса больных местно-распространённым и генерализованным раком простаты, утративших эректильную функцию после выполнения хирургической кастрации и настаивающих на её восстановлении, до выполнения фаллоэндопротезирования выявлено, что у всех 20 больных (100 %) исследуемой группы отмечался очень высокий уровень как личностной, так и реактивной (ситуативной) тревожности (в среднем от 48 до 50 баллов). После операции уровень личностной тревожности не претерпел изменений по сравнению с показателями до восстановления эректильной функции. Это объясняется тем, что личностная тревожность представляет собой конституциональную черту. При исследовании реактивной (ситуационной) тревожности после операции выявлено, что у всех больных её уровень кардинально изменился. Отмечается низкий уровень реактивной тревожности (средний балл – 26–28). Это свидетельствует о том, что из жизни пациентов исчезла крайне травмирующая их стрессовая ситуация.

Литература

1. Матвеев Б.П., Бухаркин Б.В. Рак предстательной железы. М., 1999. 154 с.
2. Damber J.E. Endocrine treatment of prostate adenocarcinoma: basic considerations and the mechanism of actions of hormones // Med. Prod. Agenc. 1993. Vol. 3. P. 69–80.
3. Hedlung P.O. Side effects of endocrine treatment and their mechanisms: castration, antiandrogens and estrogens // Prostate. 2000. Supp. 10. P. 32–37.
4. Переверзев А.С., Коган М.И. Рак простаты. Харьков, 2004. 231 с.
5. Личко А.Е. Психопатии и акцентуация характера у подростков. Л., 1983. 256 с.
6. Елисеев О.П. Практикум по психологии личности. СПб., 2004. 509 с.
7. Коган М.И. Эректильная дисфункция. Ростов н/Д, 2005. 336 с.