

УДК 616-006

КОРРЕКЦИЯ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ КАК ОСЛОЖНЕНИЯ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

© 2015 А.Е. Орлов¹, А.В. Яшков², Т.А. Сивохина¹, С.А. Бурмистрова¹,
И.А. Брятова¹, Д.В. Фесенко¹, А.В. Копылов¹

¹ Самарский областной клинический онкологический диспансер

² Самарский государственный медицинский университет

Поступила в редакцию 31.03.2015

В статье представлена сочетанная методика коррекции недержания мочи после лечения рака предстательной железы с использованием нейромышечной стимуляции, лечебной физкультуры и психокоррекционных занятий, проведена оценка эффективности комплексной программы реабилитации, а также повышения качества жизни пациентов.

Ключевые слова: *коррекция, недержание мочи, качество жизни, нейромышечная электростимуляция, физические упражнения*

В странах Европы ежегодно выявляются более 85000 новых случаев заболевания, которые становятся причиной примерно 9% всех смертей мужчин от рака. Во всем мире заболеваемость раком предстательной железы (РПЖ) устойчиво возрастает на 3% в год. Эта опухоль названа эпидемиологами «онкологической бомбой замедленного действия». РПЖ в РФ в настоящее время занимает 3 место в структуре злокачественных новообразований (ЗНО) у мужчин [5,6]. Учитывая тот факт, что пик заболеваемости приходится на шестое - седьмое десятилетия жизни, а демографическая обстановка характеризуется устойчивой тенденцией к увеличению числа лиц пожилого возраста, эпидемиологический прогноз предсказывает дальнейший рост заболеваемости РПЖ. Большое влияние на заболеваемость оказывает географическое положение и расовая принадлежность. Самая высокая заболеваемость, свыше 100 на 100000 населения, отмечена среди мужчин черной расы в США, причем у них РПЖ развивается в более молодом возрасте. Низкая заболеваемость встречается в странах Азии и Африки, где она в десятки раз ниже, чем в Северной Америке и Северной Европе. Важным является тот факт, что миграция китайцев

и японцев в США приводит к значительному повышению заболеваемости у этих групп населения. Так, при заболеваемости в Китае 1,2- 1,7 на 100000 населения, частота рака у китайцев, переселившихся в США, доходит до 28 на 100000 населения, что говорит о влиянии факторов окружающей среды и быта [3]. Также не менее важным фактором риска развития РПЖ является наследственность. При наличии рака простаты у кровного родственника риск повышается в 2-3 раза, около 9% случаев РПЖ обусловлено генетическими причинами. Отмечена зависимость между заболеваемостью и употреблением пищи, богатой животными жирами. Фактором риска является избыточная масса тела.

При лечении РПЖ в настоящее время используются практически все методы специфического воздействия, применяемые в онкологии: хирургический (радикальная простатэктомия и трансуретральная резекция предстательной железы), высокоинтенсивная фокусированная ультразвуковая терапия (HIFU-терапия), лучевая терапия, брахитерапия, гормонотерапия, химиотерапия. Выбор метода лечения зависит, в первую очередь, от распространенности опухолевого процесса. Основным побочным эффектом большинства методов лечения РПЖ является недержание мочи в той или иной степени выраженности. Так, частота встречаемости недержания мочи после радикальной простатэктомии и трансуретральной резекции составляет 30-38 %, после последовательно проведенных РПЭ или ТУР в сочетании с лучевой терапией процент недержания мочи увеличивается до 43-48%, после проведенной брахитерапии – 6,2%, после HIFU-терапии – 8,1% [5, 7, 11, 13], что совпадает с данными наших исследований. Хотя недержание мочи представляет собой в большинстве случаев временное явление, данная проблема встречается у 39-63% пациентов в течение первых двух лет после специализированного лечения, и из них 24-56% пациентов пользуются урологическими прокладками или уропрезервативами. Недержание мочи также является серьезным психотравмирующим фактором,

Орлов Андрей Евгеньевич, кандидат медицинских наук, главный врач. E-mail: orlovae@samaraonko.ru

Яшков Александр Владимирович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой медицинской реабилитации, спортивной медицины, физиотерапии и курортологии. E-mail: a_yashkov@mail.ru

Сивохина Татьяна Александровна, доктор медицинских наук, заведующая отделением реабилитации. E-mail: sivohinata@samaraonko.ru

Бурмистрова Светлана Андреевна, физиотерапевт. E-mail: burmistrovasa@samaraonko.ru

Брятова Инна Александровна, физиотерапевт. E-mail: briatovaia@samaraonko.ru

Фесенко Денис Владимирович, врач-онколог. E-mail: fesenkodv@samaraonko.ru

Копылов Андрей Валерьевич, заведующий консультативным отделением. E-mail: kopylovav@samaraonko.ru

который крайне негативно отражается на качестве жизни пациента [9, 11, 13, 14]. Поэтому реабилитация пациентов, подвергающихся противоопухолевому лечению РПЖ, которое сопровождается множеством осложнений, является, несомненно, важной, актуальной и социально значимой проблемой. Однако данной проблеме в современной урологии до настоящего времени должного внимания не уделялось, из-за чего пациенты зачастую оказываются наедине с проблемой адаптации к новому, резко сниженному качеству жизни и, как правило, не готовы к негативным последствиям проведенного лечения. Учитывая все вышесказанное, проблема недержания мочи требует более пристального внимания и широкого внедрения в практическую медицину программ коррекции данного состояния.

Материалы и методы. В условиях отделения реабилитации за 2013 г. получили лечение 152 пациента, страдающих недержанием мочи, возникшим после проведенного противоопухолевого лечения. Из них 87 пациентам (57,2%) была проведена радикальная простатэктомия; 37 (24,3%) – трансуретральная резекция + HIFU-терапия; 27 мужчинам (17,8%) – радикальная простатэктомия + лучевая терапия; 1 пациенту (0,7%) – брахитерапия. Распределение пациентов по стадийности заболевания представлено в табл. 1. Из таблицы видно, что локализованный РПЖ диагностирован у 102 пациентов, что составило 66,6% от общего количества больных, распространение онкологического процесса за пределы капсулы предстательной железы выявлено у 50 больных (33,4%).

Таблица 1. Распределение пациентов по стадийности заболевания.

Стадия заболевания	Кол-во пациентов	%
pT1 N0M0	41	26,8
pT2N0-1M0	61	39,8
pT3aN0M0	42	28,1
pT3bN0-1M0	8	5,3
ИТОГО	152	100

По степени выраженности недержания мочи, оцененной на основании «прокладочного теста» пациенты распределились следующим образом: легкая степень – 46 человек (30,3%), средняя степень – 100 человек (65,8%), тяжелая степень – 6 человек (3,9%). Недержание мочи к моменту обращения продолжалось не менее 2 месяцев и не имело тенденции к уменьшению. По виду недержания мочи на момент первичного обращения в отделение (через 2-3 месяца после противоопухолевого лечения) пациенты распределились следующим образом: у 101 человека (66,5%) было выявлено стрессовое недержание, у 26 пациентов (17,1%) – ургентная форма, а у 25 мужчин (16,4%) – смешанный тип недержания.

Для выработки оптимальной программы реабилитации все пациенты были разделены на две группы. По своему составу группы были репрезентативны. Первую группу составили 74 пациента

(48,7%), получавшие в течение 10 дней сеансы нейромышечной электростимуляции. Этот метод лечения направлен на укрепление ослабленных мышц мочевого пузыря и улучшение контроля мочеиспускания. Лечение проводилось по следующей методике: активный электрод ($S=50-70 \text{ см}^2$) располагается в проекции мочевого пузыря над лонном, индифферентный ($S=150 \text{ см}^2$) – в пояснично-крестцовой области; вид тока: синусоидальный модулированный; частота – 50-80 Гц; глубина модуляции – 50-75%; частота посылки импульса 2: 3; сила тока – до отчетливых мышечных сокращений; продолжительность сеансов 15 минут, проводимых ежедневно. Вторая группа состояла из 78 пациентов (51,3%), которые также получали в течение 10 дней процедуры нейромышечной стимуляции по вышеописанной методике, но в сочетании с курсом специализированной лечебной физкультуры (ЛФК). Терапевтический эффект ЛФК связан с тем, что гимнастические упражнения, повышая тонус всей мускулатуры тела, повышают тонус и мышц дна полости малого таза, что значительно улучшает их функцию. Ряд специальных упражнений, непосредственно воздействуя на мышцы данной области, также благотворно влияет на их сократительные свойства, что и дает общий лечебный эффект. Большое значение имеет и попеременное повышение и понижение внутрибрюшного давления, наблюдающееся при выполнении упражнений, что также рефлекторно влияет на укрепление мышц дна полости малого таза. Проводились занятия ЛФК по усовершенствованной нами методике Д.Н. Атабекова (1949) и К.Н. Прибылова (1954) в модификации Ф.А. Юнусова (1985), а также в комплекс включались упражнения по методике А. Кегеля (1949). При этом ЛФК решало следующие задачи:

1. Стимуляция компенсаторно-приспособительных реакций в поврежденных тканях замыкательного аппарата мочевого пузыря и уретры с целью нормализации его деятельности.

2. Улучшение трофики органов малого таза, устранение неконтролируемых сокращений детрузора.

3. Укрепление мышечно-связочного аппарата тазового дна, мышц уретры, брюшной стенки и спины.

4. Снятие патологической доминанты в коре головного мозга.

5. Оказание общеукрепляющего воздействия на организм.

Эти задачи наилучшим образом решались при выполнении упражнений в отведении и разведении бедер в исходном положении лежа на спине с приподнятым тазом; упражнений для нижних конечностей с сопротивлением в этом же исходном положении; упражнений, выполняемых в исходном положении стоя при плотно сомкнутых бедрах и напряжении приводящих мышц бедер; ходьбы короткими и скрестными шагами, ходьбы с зажатым между ногами набивным мячом, а также выполнении приседаний. Также в комплекс ЛФК включались специальные упражнения с изометрическим напряжением с целью максимального

укрепления мышечно-связочного аппарата. Большинство специальных динамических упражнений выполнялись с сокращением и расслаблением мышц промежности, что осуществляется соответственно в фазу вдоха и выдоха. Для полноценного сокращения всех мышц промежности пациенты обучались одновременному втяжению ануса и попытке замкнуть наружное отверстие мочеиспускательного канала. Все упражнения выполнялись ритмично, в медленном или среднем темпе. Число повторений изометрических упражнений составило в начале курса 1-4 и к концу курса доходило до 6-7; длительность напряжения 2-7 сек. Кроме специальных физических упражнений (для мышц промежности, таза, живота и спины) в комплекс были включены дыхательные и упражнения на расслабление. Продолжительность занятия ЛФК в течение курса увеличивалось с 20 до 40 минут. Комплекс упражнений выполнялся ежедневно однократно в условиях отделения реабилитации под руководством инструктора с музыкальным сопровождением, а также однократно самостоятельно в домашних условиях.

Обе группы пациентов в начале курса реабилитации получали консультативную помощь о формировании поведенческой стратегии, подразумевающей нормализацию питьевого режима, отказ от алкоголя и кофеин-содержащих продуктов, регулярное заполнение дневников мочеиспускания в течение длительного времени. Во-вторых, это нормализация функции кишечника у пациента, включающая в себя изменения в образе жизни, питания и режиме мочеиспусканий. Через 3 месяца по окончании первого курса реабилитации проводился повторный курс по прежней схеме. В интервалах между обращениями в отделение реабилитации пациенты второй группы продолжали ежедневно заниматься ЛФК в домашних условиях 2 раза в день.

Основным инструментом для оценки качества жизни нами был выбран опросник SF-36, шкалы которого варьировали от 0 до 100, где 100 соответствовало полному здоровью. Шкалы группировались в два интегральных показателя: «физический компонент здоровья» - PH1 и «психологический компонент здоровья» - PH2. Оценка качества жизни на момент начала реабилитационного курса по данным составляющим показала, что больше всего страдал показатель PH1 (у 76% пациентов) и несколько в меньшей степени показатель PH2 (у 58% пациентов). Снижение качества жизни у данных пациентов было связано с нарушениями мочеиспускательной и половой функции, и влекло за собой изменения эмоционального статуса. В большей мере это было обусловлено ограничением повседневной деятельности, тревожными переживаниями, ощущениями психического неблагополучия. В меньшей мере – с некоторым усилением болевых ощущений, ограничением социальных контактов.

Результаты. Оценка результатов проводили спустя 3 месяца после окончания второго курса лечения на основании субъективных ощущений пациентов и «прикладного теста». Среди

пациентов первой группы к моменту контрольного осмотра отмечалось отсутствие симптомов недержания мочи у 9 мужчин (12,2%), недержание легкой степени – у 18 человек (24,7%), средней степени – у 44 пациентов (59,1%). Количество пациентов с тяжелой степенью осталось прежним (3 человека, 4,0%). Среди пациентов второй группы результаты были следующими: отсутствие симптомов недержания – у 21 пациента (27,3%), легкая степень - у 33 человек (41,2%), средней степени – у 22 мужчин (28,9%), тяжелой степени – у 2 (2,6%).

В ходе проведенной комплексной реабилитации, включающей психокоррекционные мероприятия, такие как индивидуальные психодиагностические беседы в сочетании с групповой формой работы по освоению навыков концентрационного расслабления, качество жизни наблюдавшихся значительно повысилось за счет улучшения физического состояния, общего состояния здоровья, значительного расширения диапазона физического функционирования. Психическое здоровье в этот момент имело тенденцию к улучшению и сопровождалось снижением депрессии и тревожных переживаний.

Выводы: эффективность правильно подобранной и проведенной реабилитационной программы, состоящей из нескольких терапевтических модулей, подтверждается проводимыми клиническими исследованиями в этой области. Все параметры физических функций организма, равно как и психосоциальные показатели, налаживаются или, по крайней мере, значительно улучшаются благодаря своевременно проведенному курсу послеоперационной реабилитации. Было установлено, что проведение лечебного комплекса с включением нейромышечной электростимуляции и специализированной ЛФК (с продолжением выполнения комплекса ежедневно в домашних условиях) оказало более выраженный эффект, чем воздействие одной электростимуляции. Об этом свидетельствуют следующие показатели: у пациентов второй группы больший процент излечения от недержания мочи (27,3% и 12,2% соответственно), у большего процента мужчин уменьшилась степень тяжести. Результаты лечения недержания мочи у мужчин с тяжелой степенью нельзя считать достоверными из-за малого количества пациентов данной категории, участвующих в исследовании. По виду недержания мочи распределение пациентов в обеих группах по окончании лечения было идентичным и было выявлено значительное уменьшение стрессовой формы (101 человек на момент начала лечения и 36 человек после проведения курса реабилитации). Своевременное проведение комплекса реабилитационных мероприятий с включением нейромышечной стимуляции, специализированной ЛФК и психологической реабилитации при условии следования пациентом поведенческой стратегии приводит к значительному улучшению функционального состояния мочевыделительной системы, обеспечивая более высокое качество жизни и тем самым, увеличивая реабилитационный эффект.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Недержанием мочи при напряжении: Метод. Рекомендации / МЗ РСФСР [Моск. мед. стоматол. ин-т им. Н. А. Семашко], 1985. 29 с.
2. Атабеков, Д.Н. Функциональное недержание мочи у женщин и физкультура. – М., 1949. 55 с.
3. Бухаркин, Б.В. // IV Ежегодная Российская онкологическая конференция. – М., 2000. С. 15.
4. Юнусов, Ф.А. Лечебная физкультура в комплексном лечении женщин, страдающих недержанием мочи при напряжении: Метод. рекомендации / МЗ РСФСР [Моск. мед. стоматол. ин-т им. Н. А. Семашко], 1985. 29 с.
5. Алексеев, Б.Я. Радикальное хирургическое лечение рака предстательной железы / Б.Я. Алексеев, И.Г. Русаков // X Российский съезд урологов: материалы. – М., 2002. С. 386-387.
6. Ракул, С.А. Рак предстательной железы: диагностика, результаты хирургического лечения и качество жизни: дисс. ... д-ра мед. наук. – СПб., 2009. 309 с.
7. Велиев, Е.И. Результаты лечения ирритативных симптомов и удержание мочи у пациентов через год после позадилоной радикальной простатэктомии / Е.И. Велиев, С.Б. Петров // Урология и нефрология. 2003. №1. С. 15-17.
8. Демецкий, А.М. Экспериментальное обоснование применения искусственных магнитных полей в хирургии / А.М. Демецкий, Л.И. Попова, В.В. Солодкая, М.Ф. Сурганова // Вопросы курортологии, физиотерапии и ЛФК. 1991. №1. С. 43-46
9. Дурнов, А.М. Квантовая терапия в онкологии. Экспериментальные и клинические рекомендации для врачей / А.М. Дурнов, А.Я. Грабовщинер, Л.И. Гусев и др. – М., 2002. 65 с.
10. Камалов, А.А. Качество жизни больных после радикальной простатэктомии / А.А. Камалов, Г.Г. Хомерики, Е.А. Ефремов и др. // Урология. 2005. № 4. С. 27-29.
11. Кочетов, А.Г. Новые аспекты диагностики поздних осложнений радикальной простатэктомии / А.Г. Кочетов, А.О. Иванов, Р.В. Роюк, Н.В. Ситников // Мат-лы II конгресса общества онкоурологов. 2007. С. 54-55.
12. Лоран, О.Б. Анализ качества жизни пациентов в течение первого года после радикальной позадилоной простатэктомии / О.Б. Лоран, Е.И. Велиев, В.А. Няхин // Онкоурология. 2005. № 5. С. 50-53.
13. Петров, С.Б. Уродинамические изменения и удержание мочи у пациентов после позадилоной радикальной простатэктомии / С.Б. Петров, Е.И. Велиев, А.В. Рассветаев // Вестник Санкт-Петербургской государственной медицинской академии. 2002. № 4.-С. 105-107.
14. Роюк, Р.В. Оптимизация методов диагностики и коррекции осложнений радикальной простатэктомии: дисс. ... канд. мед. н. – М., 2007. 180 с.
15. Ситников, Н.В. О психологической реабилитации больных, перенесших радикальную простатэктомию / Н.В. Ситников, С.Н. Переходов, А.Г. Кочетков // Военно-медицинский журнал. 2007. №2. С. 56.
16. Велиев, Е.И. Функция мочеиспускания у пациентов после радикальной позадилоной простатэктомии (результаты наблюдения от 2 до 8 лет) / Е.И. Велиев, В.А. Няхин, Б.А. Томкевич // Мат-лы 3-го Российского научного форума «Мужское здоровье и долголетие». – М., 2005. С. 43.
17. Петров, С.Б. Удержание мочи и связанное с мочеиспусканием качество жизни после позадилоной радикальной простатэктомии / С.Б. Петров, Е.И. Велиев, В.А. Няхин, Б.А. Томкевич // Спец. выпуск №3 Здравоохранение Башкортостана «Актуальные вопросы урологии. Заболевания предстательной железы. Новые технологии в урологии». – Уфа, 2005. С. 241.

THE CORRECTION OF URINARY INCONTIENCE AS A COMPLICATION OF PROSTATE CANCER RADICAL TREATMENT

© 2015 А.Е. Orlov¹, А.В. Yashkov², Т.А. Sivokhina¹, S.A. Burmistrova¹, I.A. Briatova¹, D.V. Fesenko¹, А.В. Kopylov¹

¹ Samara Regional Clinical Oncology Center

² Samara State Medical University

The combined technique of correction the urinary incontinence after prostate cancer therapy with using the neuromuscular stimulation, physiotherapy exercises and psychocorrectional occupations is presented in article, the assessment of efficiency the comprehensive program of rehabilitation, and also improvement of life quality of patients is carried out.

Key words: *correction, urine incontinence, life quality, neuromuscular electrostimulation, physical exercises*

Andrey Orlov, Candidate of Medicine, Chief Physician. E-mail: orlovae@samaraonko.ru; Alexander Yashkov, Doctor of Medicine, Professor, Head of the Medical Rehabilitation, Sport Medicine, Physiotherapy and Balneology. E-mail: a_yashkov@mail.ru; Tatiana Sivokhina, Doctor of Medicine, Head of the Rehabilitation Department. E-mail: sivohinata@samaraonko.ru; Svetlana Burmistrova, Physiotherapist. E-mail: burmistrovasa@samaraonko.ru; Inna Bryatova, Physiotherapist. E-mail: briatovaia@samaraonko.ru; Denis Fesenko, Oncologist. E-mail: fesenkovd@samaraonko.ru; Andrey Kopylov, Head of the Consulting Department. E-mail: kopylovav@samaraonko.ru