

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА УРОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ
ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

© 2015 Р.С. Низамова, М.Б. Пряничникова, Е.С. Губанов, Е.А. Боряев

Самарский государственный медицинский университет

Статья поступила в редакцию 26.10.2015

В данной статье рассмотрены урологические осложнения после лечения рака предстательной железы. В статье анализируются осложнения радикальной простатэктомии, брахитерапии, дистанционной лучевой терапии, HIFU-терапии. Предложены меры профилактики осложнений.

Ключевые слова: рак предстательной железы, радикальная простатэктомия, брахитерапия, дистанционная лучевая терапия, HIFU-терапия, осложнения

Рак предстательной железы – одно из самых распространённых онкологических заболеваний. В России в 2013 году в структуре онкологической заболеваемости мужского населения злокачественные новообразования предстательной железы занимали 2-е место (12,9 %) после опухолей трахеи, бронхов и легкого (18,4 %) [1]. В Самарской области за 2003–2013 гг. заболеваемость выросла, в структуре онкологической заболеваемости мужского населения удельный вес случаев РПЖ вырос с 8,1 % до 17,1 %, заняв в 2013 году первое ранговое место и опередив такие основные локализации рака, как рак кожи, легкого и желудка. В 2013 году показатель заболеваемости по Самарской области составил 80,3 на 100 тыс. мужского населения, что в 1,7 раза выше, чем в РФ (47,5). Наиболее высокие уровни заболеваемости определяются у мужчин 75–79 лет. В динамике лет региональный показатель заболеваемости вырос в 2,6 раза, показатель РФ – в 2,3 раза [2].

Сравнительный анализ урологических осложнений при рассматриваемых методах лечения РПЖ позволяет наметить пути их профилактики. Наиболее тяжелыми урологическими осложнениями лечения РПЖ являются стриктура уретры и недержание мочи. Кроме этих осложнений достаточно широко распространены воспалительные заболевания мочеполовых органов и мочекаменная болезнь.

Понятно, что именно хирургические методы – РПЭ и ТУР при HIFU чаще всего приводят к этим тяжелым осложнениям, т.к. при этих методах удаляется простатический отдел уретры, трав-

мируются внутренний и наружный сфинктеры мочевого пузыря, что приводит к рубцовым изменениям пузырно-уретрального анастомоза. Именно данное обстоятельство объясняет возобновление недержания мочи у пациентов со стриктурой уретры после устранения последней.

Как видно из таблицы, наибольшее количество тяжелых осложнений отмечается после проведения РПЭ и ТУР при HIFU-терапии. Основными осложнениями в этих группах были недержание мочи и стриктура уретры. После РПЭ недержание мочи наблюдалось в 29.6%, стриктура уретры в 54.2%, после HIFU терапии – 28.5% и 58.3 % соответственно.

Для выявления возможных причин возникновения этих осложнений пациенты разделены на 2 группы: первая группа – больные, у которых в послеоперационном периоде появились стриктура уретры и недержание мочи, вторая – без указанных осложнений.

Анализируя объем железы, мы видим, что для больных со стриктурой уретры значения он не имеет – 50.1 см³ и 47.65 см³ в 1 и 2 группах. Инфравезикальная обструкция также не оказывает влияния на развитие вышеперечисленных осложнений. Стоит отметить тот факт, что в группе со стриктурой уретры до РПЭ 14 (58,3%) пациентов получали гормональную терапию. В другой же группе таких пациентов было 15 (25,4%). Как известно, применение неоадьювантной гормональной терапии приводит к уменьшению объема предстательной железы за счет перипростатического склероза, что, в свою очередь, может создавать определенные технические проблемы во время проведения операции.

У пациентов с недержанием мочи объем железы, как и наличие инфравезикальной обструкции перед РПЭ, не имеет значения, поскольку показатели приведенных параметров почти не различаются в обеих группах. Обращает на себя внимание применение неоадьювантной гормональной терапии перед проведением РПЭ. Так же, как и у пациентов со стриктурой уретры, процент

Низамова Румия Сахабовна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой урологии. E-mail: nizatovars@yandex.ru

Пряничникова Мадинат Башировна, доктор медицинских наук профессор кафедры урологии. E-mail: madinat30@mail.ru

Губанов Евгений Сергеевич, кандидат медицинских наук, доцент кафедры урологии. E-mail: samara-urology@mail.ru

Боряев Евгений Александрович, ассистент кафедры урологии. E-mail: borjaev.evgeny@yandex.ru

Таблица 1. Частота урологических осложнений лечения РПЖ рассматриваемыми методами

Вид осложнения	Метод лечения				Всего
	РПЭ	Брахитерапия	ДЛТ	НIFU терапия	
Стриктура уретры	24 (29.6%)	3 (5.56%)	7 (8.5%)	43 (28.5%)	77 (20.9%)
Недержание мочи	44 (54.2%)	1 (1.85%)	13 (15.9%)	88 (58.3%)	146 (39.7%)
Острая задержка мочи	5 (6.2%)	2 (3.7%)	3 (3.7%)	19 (12.6%)	29 (7.9%)
Воспалительные заболевания МПС	10 (12.3%)	34 (63.0%)	35 (42.7%)	12 (7.9%)	91 (24.7%)
Мочекаменная болезнь	7 (8.6%)	5 (9.26%)	2 (2.4%)	6 (4.0%)	20 (5.4%)
Всего	90 (24.8%)	45 (12.4%)	60 (16.5%)	168 (46.3%)	363 (100%)

применения данного вида лечения выше в группе с осложнениями и составляет 61.4% и 54.0 %, соответственно.

В группах пациентов с недержанием мочи и без него средний объем железы перед проведением НIFU терапии практически не различался и составил 20 см³ и 23.2 см³ соответственно. Однако наличие инфравезикальной обструкции у 68 (77.3%) пациентов и среднего объема железы в 35.7 см³ перед НIFU потребовало выполнения ТУР простаты у 79 пациентов (89.8%) в группе с недержанием мочи, что, вероятнее всего, и обусловило большее количество случаев этого осложнения. При проведении сравнения с пациентами, у которых не наблюдалось недержания мочи, выяснилось, что ТУР выполнен лишь у 43 пациентов (68.2%) при объеме железы в 42 см³, а инфравезикальная обструкция отмечена у 38 (60.3%) пациентов.

При анализе возникновения причины стриктуры уретры у пациентов после НIFU терапии так же просматривается связь с выполнением ТУР простаты перед процедурой. В группе пациентов со стриктурой уретры ТУР выполнен в 86.4%, а без стриктуры – в 78.7% случаев. Установлено, что наличие инфравезикальной обструкции в группе со стриктурой уретры у 33 (76.7%) пациентов и без стриктуры у 73-х (67.6%). Объем железы в 1-ой группе – 32.3 см³, во 2-ой – 40.4 см³, соответственно. Различий в объемах железы перед НIFU не отмечено.

После проведения лучевых методов лечения вышеприведенные осложнения наблюдались значительно реже. Так, при брахитерапии недержание мочи имело место в 1.85 % случаев, стриктура уретры в 5.56%, а после ДЛТ – в 15.9% и 8.5% случаев, соответственно.

Вероятно, увеличение этих осложнений в группах после РПЭ и НIFU терапии + ТУР непосредственно связано со стремлением удалить простату полностью или частично, и это подчеркивает роль операционной травмы в возникновении этих осложнений, что полностью отсутствует при лучевых методах.

После проведения лучевого лечения (брахитерапии, ДЛТ) на первый план выходят дизурические явления, которые связаны с появлением лучевого цистита и составляют при брахитерапии 59.26%, при ДЛТ – 42.7% случаев.

Однако у 3 пациентов в группе брахитерапии отмечено возникновение стриктуры уретры, что, вероятно, обусловлено более высокой дозой облучения – 132.2 Гр. и меньшим объемом предстательной железы – 24.2 см. куб, по сравнению с пациентами у которых не отмечено возникновения данного осложнения: 116.9 Гр и 31.5 куб. см. соответственно.

После применения другого лучевого метода – ДЛТ, частота недержания мочи и стриктуры уретры выше по сравнению с брахитерапией. Сравнительный анализ рассматриваемых двух групп пациентов показал, что объем железы у пациентов, имеющих это осложнение, меньше по сравнению с пациентами другой группы, у которых не отмечено возникновения стриктуры – 21.1 см³ и 35.0 см³, соответственно. Несмотря на это, лучевая нагрузка на простату в обеих группах практически не отличалась (51Гр. и 57 Гр.). Возможно, данное обстоятельство и послужило причиной возникновения стриктуры уретры.

Стоит отметить и тот факт, что ДЛТ при местнораспространенной и диссеминированной формах рака простаты является дополнением к основному лечению. При проведении анализа,

связи возникновения стриктуры уретры после ДЛТ с предшествующим лечением рака простаты: РПЭ, HIFU терапией, брахитерапией не отмечено. А вот возникновение недержания мочи имеет связь с предшествующими операциями на простате. Так, в группе с недержанием мочи 30.8% пациентов перенесли операции по поводу рака простаты, а в группе без недержания – 17.4%. Средний объем железы составил 45.9 см³ и 35.1 см³ соответственно.

Частота воспалительных заболеваний и мочекаменной болезни, как осложнений, практически одинакова во всех группах.

Таким образом, сравнительный анализ показал, что наибольшее количество осложнений наблюдается в группах, где применялись хирургические методы лечения. Это обстоятельство непосредственно связано со стремлением более радикально удалить патологический очаг, что зачастую ведет к большей травматизации уретры и сфинктеров мочевого пузыря.

При рассмотрении лучевых методов установлено, что при их применении частота развития таких осложнений как недержание мочи и стриктура уретры значительно ниже по сравнению с хирургическими. Это объясняется сохранением анатомической целостности предстательной железы и уретры. А их возникновение обусловлено лучевой нагрузкой, направленной на предста-

тельную железу и окружающие ткани, что приводит к перипростатическому фиброзу.

Однако, в каждой группе рассматриваемых методов лечения РПЖ выявлены факторы, непосредственно влияющие на развитие урологических осложнений. Так, в группе пациентов после РПЭ таким фактором является неоадьювантная гормональная терапия, после лучевых – это доза облучения без учета объема железы, при лечении HIFU терапией – это предшествующая ТУР ПЖ. Полученные результаты положены нами в основу разработанной программы профилактики урологических осложнений, использование которой при выборе метода лечения конкретного больного позволит уменьшить частоту недержания мочи и стриктуры уретры, и тем самым повысить качество жизни пациентов после лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Чиссов В. И., Старинский В. В., Петрова Г. В. Злокачественные новообразования в России в 2013 году (заболеваемость и смертность). М.: ФГУ МНИОИ им. П.А. Герцена, 2014. 250 с.
2. Сомов А.Н., Суслин С.А., Егорова А.Г., Бочкарева М.Н. Заболеваемость раком предстательной железы в Самарской области // Управление качеством медицинской помощи. 2014. № 2. С.84–91.

ANALYSIS OF THE UROLOGICAL COMPLICATIONS OF EXTERNAL BEAM RADIOTHERAPY FOR PROSTATE CANCER

© 2015 R.S. Nizamova, M.B. Pryanichnikova, E.S. Gubanov, E.A. Boriaev

Samara State Medical University

This article describes the urological complications after treatment for prostate cancer. The article analyzes the complications of radical prostatectomy, brachytherapy, external beam radiotherapy, HIFU-therapy. Measures for prevention complications are presented in the article.

Keywords : prostate cancer, radical prostatectomy, brachytherapy, external beam radiotherapy, HIFU-therapy complications

Rumia Nizamova, Doctor of Medical Science, Professor, Head of Urology Department. E-mail: nizamovars@yandex.ru

Madinat Pryanichnikova, Doctor of Medical Science, Professor Urology Department. E-mail: madinat30@mail.ru

Evgeny Gubanov, Candidate of Medical Science, Assistant professor of Urology Department.

E-mail: samara-urology@mail.ru

Evgeny Boriaev, Assistant of Urology Department.

E-mail: boriaev.evgeny@yandex.ru