

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ УРОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА ОРГАНАХ ТАЗА

^{1,2}Р.Э.Амдий, ²Т.М.Топузов, ²М.Ю.Егорова, ²И.Н.Орлов, ¹С.Х.Аль-Шукри, ¹С.Б.Петров, ²С.В.Попов

¹ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад.

И. П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

²СПб ГБУЗ «Клиническая больница Святителя Луки», Санкт-Петербург, Россия

Введение. В настоящее время количество радикальных хирургических вмешательств на органах малого таза значительно возросло. У этих пациентов в раннем и отдаленном послеоперационном периоде возникают расстройства мочеиспускания и тазовые дисфункции, значительно снижающие качество жизни.

Цель. Определение алгоритмов и повышение эффективности реабилитации и лечения недержания мочи (НМ) и эректильной дисфункции (ЭД) у пациентов после радикальной простатэктомии (РПЭ) и нарушений мочеиспускания после радикальной гистерэктомии (РГЭ).

Материалы и методы. Лечение и реабилитация были проведены 42 пациентам с ЭД и НМ после радикальной лапароскопической и роботической простатэктомии и 21 пациентке с гипоактивностью или аконтрактильностью детрузора после радикальной гистерэктомии.

У пациентов после радикальной простатэктомии через 3 месяца после удаления уретрального катетера сохранялись НМ и ЭД легкой или средней степени тяжести. Пациенты входили в низкую или промежуточную группу риска биохимического рецидива РП, признаки рецидива РП отсутствовали. Средний возраст пациентов составил $65,9 \pm 7,3$ года. Для лечения и реабилитации этих пациентов проводили этапно и комплексно: рекомендовали выполнение упражнений для мышц тазового дна, в том числе с применением биологической обратной связи, при ЭД назначали курсовой прием ингибитора фосфодиэстеразы 5-го типа, экстракорпоральную магнитную стимуляцию «Авантрон». Результаты терапии были оценены с учетом динамики жалоб, данных дневника мочеиспускания, анкеты для оценки эректильной функции МИЭФ-5, анкеты для оценки недержания мочи ICIQ-SF.

У 10 пациенток после радикальной гистерэктомии было выявлено затруднение мочеиспускания и увеличение количества остаточной мочи более 150 мл (гипоактивность мочевого пузыря). Клинической особенностью течения гипоактивности мочевого пузыря является малосимптомное или даже бессимптомное течение. В связи с этим необходимо проводить контрольное урологическое обследование в отдаленном послеоперационном периоде с выполнением урофлоуметрии, определением количества остаточной мочи и, при необходимости, уродинамическим обследованием. У 12 пациенток после радикальной гистерэктомии — отсутствовало самостоятельное мочеиспускание (аконтрактильность мочевого пузыря). Средний возраст составил $54,9 \pm 7,3$ года. Для лечения и реабилитации также использовали комбинированный и комплексный подход: использовали антихолинэстеразные препараты, альфа-адреноблокаторы, тиббиальную нейромодуляцию, экстракорпоральную магнитную стимуляцию. Результаты лечения и реабилитации были оценены с учетом динамики жалоб, объема остаточной мочи, восстановления самостоятельного мочеиспускания.

Результаты. После завершения курса реабилитации после радикальной простатэктомии у 5 (11,9%) больных сохранялось недержание мочи, 6 (14,3%) пациентов использовали 1 прокладку, а полное удержание мочи было достигнуто у 31 (73,8%) пациентов. Общий балл ICIQ-SF после курса ЭКМС уменьшился с $13,1 \pm 0,4$ до $3,8 \pm 0,3$ ($p < 0,05$), также снизился средний балл шкалы ICIQ-SF при ответе на вопросы о частоте подтекания мочи, ее количестве и влиянии недержания мочи на повседневную жизнь ($p < 0,05$). Таким образом, после проведения реабилитации у большинства пациентов было достигнуто удержание мочи, у других пациентов отмечено уменьшение частоты и выраженности НМ. При оценке эректильной функции было выявлено, что средний балл МИЭФ-5 увеличился с $14,3 \pm 2,5$ до $17,1 \pm 3,1$ ($p < 0,05$), что говорит об улучшении эректильной функции. У 4 пациентов с сохранившимся недержанием мочи и/или эректильной дисфункцией было проведено хирургическое лечение (имплантация искусственного сфинктера, фаллопротезирование) с хорошим результатом.

После радикальной гистерэктомии была проведена лечение и реабилитация 10 пациенток с гипоактивностью мочевого пузыря и увеличением объема остаточной мочи. После комбинированного лечения у 6 (60%) пациенток объем остаточной мочи уменьшился до 50 мл и менее.

У 12 пациенток с аконтрактильным мочевым пузырем мочеиспускание не восстановилось и отсутствовали к нему позывы при наполнении мочевого пузыря через 1 месяц после радикальной гистерэктомии. Для деривации мочи из мочевого пузыря им был установлен постоянный уретральный катетер. После комбинированного курса лечения 9 из 12 пациенток отметили появление позыва на мочеиспускание при наполнении мочевого пузыря менее 300 мл и у них восстановилось самостоятельное компенсированное мочеиспускание с объемом остаточной мочи менее 50 мл. Пациентки, у которых не восстановилось мочеиспускание, были переведены на интермиттирующую самокатетеризацию.

Заключение. Применение патогенетического обоснованного, комплексного и комбинированного подхода к лечению нарушений мочеиспускания и тазовых дисфункций у пациентов после онкологических операций на органах таза позволяет повысить эффективность урологической реабилитации и может быть рекомендовано к применению в клинической практике.