

внутреннее континентное отведение мочи невозможно). Нужно отметить тот факт, что появление на рынке медицинских расходных материалов специальных мочеприемников значительно улучшило качество жизни этой группы пациентов.

Несмотря на некоторое настороженное отношение на первых порах к уретеросигмостомии (внутреннее континентное отведение мочи по Mainz-Rouch II), сегодня впечатления от этой методики изменились. Отсутствие внешних дренажей позволяет обеспечить высокий уровень качества жизни пациенту, сохранить его трудоспособность и социальную адаптацию. Из 22 больных, перенесших данное отведение мочи, рецидивирование пиелонефрита установлено только у одного человека. Обязательным условием выполнения этой операции естественно является положительная проба Fitzc-Honenfield (на удержание жидкости анусом).

Отведение мочи по Bricker (влажная илеостомия) сохраняет позиции наиболее часто выполняемой кишечной деривации мочи. Опять же, доступность специальных мочеприемников улучшает качество жизни пациентов.

## Заключение

Радикальная цистэктомия является сложным оперативным вмешательством, связанным с высоким риском развития тяжелых послеоперационных осложнений и послеоперационной летальностью.

Соблюдая жесткие критерии отбора больных для цистэктомии, выполняя принципы предоперационной подготовки и послеоперационной интенсивной терапии мы стремимся свести к минимуму летальности и количество послеоперационных осложнений при выполнении этого сложного оперативного вмешательства.

Идеального метода деривации мочи после цистэктомии не существует. Множество факторов должно учитываться в выборе метода отведения мочи в каждом конкретном случае.

## Литература

1. Волкова М. И. Обзор материалов XXI конгресса Европейской ассоциации урологов. Онкоурология. 2006; 3: 69-72.
2. Комяков Б. К., Новиков А. И., Фадеев В. А. «Отдаленные результаты радикальной цистэктомии». Онкоурология. Материалы II конгресса Российского общества онкоурологов, М., 2007; 89-90.
3. Котков И. Л., Давыдов М. И., Кузнецов Д. В., Балнских Б. Н. «Хирургическое лечение рака мочевого пузыря». Там же. 86-87.
4. Журавлев В. Н., Зырянов А. В., Баженов И. В., Качмазов А. А., Борзунов И. В., Журавлев О. В., Бершадский Я. В. «Проблемы радикальной цистэктомии». Там же, 82-84.
5. Шапаягин Л. В., Ситников Н. В., Фурашов Д. В., Дронов В. И., Сегедтн Р. Е., Сидоров В. А. «Кишечная пластика при раке мочевого пузыря». Онкоурология, 2006, 4, 25-29.
6. Bassi P., Ferrante G. D., Piazza N., et al. «Prognostic factors of outcome after radical cystectomy for bladder cancer: a retrospective study of a homogeneous patient cohort. J Urol 1999; 161(5): 1494-7.
7. LeDuc A., Camey M., Teillac P. «Radical cystectomy». J. Urol. 1987, 137, 1156-1158.

# Динамика качества жизни пациентов с опухолью мочевого пузыря после проведенного лечения

И. В. Борзунов, О. С. Коган

ГОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия Росздрава», ГУЗ «Свердловская областная клиническая больница № 1», г. Екатеринбург

## Life quality dynamics among patients after bladder tumor treatment

I. V. Borzunov, O. S. Kogan

Ural State Medical Academy, urology department., Clinical Hospital №1

### Резюме

Проведено изучение качества жизни у 62 больных переходно-клеточным раком мочевого пузыря в стадии Tcis — T1, G1, G2, G3, которым была проведена трансуретральная резекция опухоли мочевого пузыря с последующей иммунотерапией вакциной БЦЖ 29 больным (опытная группа), 33 пациентам (группа сравнения) выполнялась трансуретральная резекция опухоли мочевого пузыря с местной химиотерапией (доксорубицин или митомоцицин С).

Борзунов И. В. — к. м. н., доцент кафедры урологии ГОУ ВПО «УГМА Росздрава»;

Коган О. С. — зав. 1-м урологическим отделением ГУЗ СОКБ №1.

Сравнительный анализ динамики качества жизни после проведенного лечения проводился методом социоклинического исследования с применением анкеты — опросника, разработанного кафедрой урологии Уральской Государственной медицинской академии. Преимущество представленного опросника в его

адаптированности к урологическому контингенту. В результате проведенного анкетирования установлено достоверное снижение качества жизни по 6 из 12 оцениваемых пунктов основной группы и группы сравнения преимущественно за счет болевых ощущений, снижения трудоспособности, социально — психологической неудовлетворенности своим здоровьем, приводящей к самоизоляции больного.

**Ключевые слова:** качество жизни, переходно-клеточный рак мочевого пузыря, трансуретральная резекция мочевого пузыря, иммунотерапия вакциной БЦЖ, местная химиотерапия, доксорубин, митомицин С.

## Summary

Life quality analysis among 62 patients with transitional cell bladder cancer at stage Tcis –T1, G1,G2,G3, which have been operated (transurethral resection of bladder tumor) and BCG immunotherapy — 29 patients (test group) and 33 patients (comparison group) after transurethral resection of bladder tumor, integrated with local chemotherapy (doxorubicin or mitomycin C).

Comparative analysis life quality dynamics after treatment was based on social and clinical test with special questionnaire, proposed by Urology department of Ural state medical academy. Main advantage of the following questionnaire is adaptation to urological contingent. As the result of the following questionnaire design was reliable reduction of life quality by 6 from 12 testing positions in test group and comparison group. Primary reasons of such results were: ache, reduction of ability to work, social and psychological dissatisfaction.

**Key words:** quality of life, transitional cell bladder cancer, transurethral resection of bladder, BCG immunotherapy, local chemotherapy, doxorubicin, mitomycin C.

## Введение

На современном этапе важным параметром клинической эффективности лечения опухолевых процессов мочевого пузыря является качество жизни больного.

По решению Американского общества клинической онкологии (ASCO) качество жизни пациентов — второй по значимости критерий оценки результатов противоопухолевой терапии, после выживаемости больного, более важный, чем первичный опухолевый ответ [1-3].

Качество жизни — это физическое, психологическое, эмоциональное, социальное, финансовое и духовное благополучие человека. Определение этого понятия является одним из важных критериев эффективности лечения в онкологии [4].

Известно, что качество жизни больного зависит не только от стадии, распространенности опухолевого процесса, своевременной диагностики, метода оперативного лечения, но и от возраста пациента, функционального состояния органов мочевыделительной системы, наличия сопутствующей патологии, а также от психологической подготовки больного к предстоящему лечению опухоли [5].

Качество жизни — новый интегральный критерий оценки состояния больного и определения эффективности лечения, получивший в последние годы широкое распространение в странах с высоким уровнем развития медицины. Согласно определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) под качеством жизни понимают «восприятие индивидуумом его положения в жизни в связи с целями, ожиданиями, стандартами и интересами» [1-6].

Качество жизни больного представляет собой переживания и ощущения как реакцию на болезнь и включает в себя следующие компоненты:

- самооценку тяжести симптомов заболевания;
- ожидание дальнейших изменений здоровья и жизни из-за болезни [7-8].

На современном этапе для оценки качества жизни применяются различные опросники, позволяющие оценить субъективную удовлетворенность пациента своим физическим и психическим состоянием, социальным функционированием, а так же степенью выраженности боли [8].

На кафедре урологии Уральской государственной медицинской академии проведено исследование, направленное на изучение оценки эффективности комплекса проведенных лечебных процедур больным с опухолевыми заболеваниями мочевого пузыря.

## Материал и методы исследования

Целью исследования явилось изучение качества жизни больных с опухолью мочевого пузыря, перенесших лечебные процедуры, на основе субъективной самооценки и объективных показателей состояния здоровья пациентов.

Качество жизни оценивалось у 62 больных переходно-клеточным раком мочевого пузыря в стадии Tcis — T1, G1,G2,G3, которым была проведена трансуретральная резекция (ТУР) опухоли мочевого пузыря с последующей иммунотерапией вакциной БЦЖ 29 больным (опытной группе), 33 пациентам (группа сравнения) выполнялась ТУР опухоли мочевого пузыря с местной химиотерапией (доксорубин или митомицин С). Из 29 больных опытной группы (ТУР и БЦЖ терапия) 22 мужчины (75,9%) и 7 женщин (24,1%) в возрасте от 49 до 64 лет. Местная иммунотерапия проводилась по классической методике 100 мг вакцины БЦЖ внутривезикулярно один раз в неделю №6. Из 33

пациентов группы сравнения (ТУР и местная химиотерапия) 24 мужчины (72,7%) и 9 женщин (27,3%) в возрасте от 47 до 69 лет. Выполнялась инстилляция противоопухолевых препаратов в мочевой пузырь непосредственно после трансуретральной резекции опухоли, затем на вторые и третьи сутки после операции.

Следует отметить, что переходно-клеточный рак мочевого пузыря относится в настоящее время к наиболее распространенным онкологическим заболеваниям и составляет около 95% всех опухолей мочевого пузыря.

ТУР мочевого пузыря с последующей медикаментозной терапией, применяемой внутривезикулярно в качестве адьювантного лечения для профилактики рецидива опухоли и улучшения качества жизни, считается «золотым стандартом» лечения переходно-клеточного рака мочевого пузыря, позволяющая снизить частоту рецидивов опухоли в среднем на 45%.

Доказано, что наиболее эффективно местное применение доксорубина и митомидина С после ТУР опухоли мочевого пузыря, а так же выполнение местной иммунотерапии вакциной БЦЖ по строгим показаниям.

С учетом изложенного, нами проведен сравнительный анализ динамики качества жизни пациентов после ТУР мочевого пузыря с последующей внутривезикулярной БЦЖ терапией и местной химиотерапией.

Сравнительный анализ проводили методом социоклинического исследования качества жизни с применением анкеты — опросника, раз-

работанной кафедрой урологии Уральской государственной медицинской академии и утвержденной Ученым Советом лечебно-профилактического факультета ГОУ ВПО УГМА Росздрава.

Анкетирование проводилось после проведенного курса лечения. Представленная анкета состоит из 19 пунктов: первые семь — представлены анкетными данными пациентов общего характера (Ф.И.О., пол, возраст, диагноз и пр.), последующие 12 — включают в себя основные характеристики физической и психической компоненты здоровья. Опросник соответствует современному уровню с учетом отечественного и мирового опыта оценки качества жизни больного- критерия ощущений и переживаний больного, как реакцию на болезнь, так и не проведенное лечение с учетом использования русской версии опросника SF-36. Преимущество представленного опросника в его адаптированности к урологическим больным, поскольку помимо оценки состояния здоровья в целом, наличием физической боли как таковой, ее влияния на трудоспособность пациента, в анкете присутствуют вопросы, касающиеся проблем мочеиспускания: частоты, неудержимых позывов, затруднения, изменения цвета. Представленная в опроснике детализация урологических жалоб позволяет наиболее полно оценить качество жизни пациентов после проведенного курса лечения.

Анализ оценки качества жизни больных осуществляется, в основном, по пятибалльной шкале.

Таблица Показатели качества жизни больных переходно-клеточным раком мочевого пузыря опытной группы и группы сравнения

Показатели	Группы	
	опытная, (ТУР+БЦЖ)	сравнения, (ТУР+ХТ)
1 ОЗ- общее здоровье на момент выписки	2,3±0,1*	3,9±0,3
2 ОЗ- общее здоровье, по сравнению с годом ранее	3,0±0,3	2,8±0,2
3 БФ- наличие сильной физической боли за последнее время	4,9±0,45*	4,0±0,4
4 БТ- влияние боли на трудоспособность	4,7±0,5*	3,8±0,39
5 МЧ- частота мочеиспускания	3,9±0,36	3,1±0,2
6 МП- наличие затруднения при мочеиспускании	2,1±0,2*	1,8±0,1
7 МЦ- наличие изменения цвета мочи	1,9±0,22	1,5±0,2
8 ФН- влияние здоровья на выполнение физических нагрузок	4,6±0,4	4,2±0,4
9 ЖС- влияние физического состояния на трудоспособность	4,4±0,4*	3,4±0,2
10 СА- социальная значимость — оценка взаимоотношений с друзьями, родственниками, коллегами	4,5±0,15	4,3±0,18
11 НП- наличие внезапных и неудержимых позывов к мочеиспусканию	2,2±0,2	1,3±0,1
12 ПЗ- оценка своего настроения, счастья, спокойствия, умиротворения и т.д.	3,9±0,3*	4,5±0,4
Итого: качество жизни анкетированных больных	3,9±0,3	4,5±0,4

Примечание. \* — различия достоверны ( $p < 0,05$ ), по сравнению с группой сравнения.

## Результаты исследования

После проведенного курса лечения больных переходно-клеточным раком мочевого пузыря в стадии Tc1s -T1, G1,G2,G3 путем ТУР мочевого пузыря с последующей вакцинацией БЦЖ или местной химиотерапии препаратами: доксорубин или митомицин С — опросник качества жизни выявил ряд достоверных различий по двум представленным группам (табл. 1).

Данные таблицы свидетельствуют о статистически значимых различиях по шести показателям качества жизни, достоверно хуже у больных опытной группы, по сравнению с пациентами после ТУР с последующей местной химиотерапией (группа сравнения), а именно по:

1. общему здоровью (ОЗ) — субъективной оценке больного общего состояния своего здоровья на момент выписки из урологической клиники УГМА после проведенного лечения. Следует отметить наличие прямой связи: чем выше показатель здоровья, тем лучше воспринимает больной свое здоровье в целом;

2. наличие сильной физической боли за последнее время (БФ);

3. влиянию боли на трудоспособность (БТ);

4. наличие затруднения при мочеиспускании (МП)

5. жизнеспособности (ЖС) — субъективной оценке больного своего жизненного тона и влияния его на трудоспособность;

6. психологическому здоровью (ПЗ) — субъективной оценке больным своего настроения. Отмечена прямая связь: чем выше показатель, тем лучше настроения у пациентов после лечения, тем больше времени чувствовал себя спокойным и умиротворенным (рисунок.)

По остальным категориям результаты анкетирования достоверно не отличались у пациентов обеих оцениваемых групп.

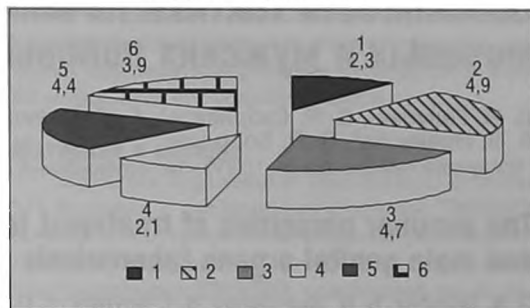
Большинство оперируемых больных переходно-клеточным раком мочевого пузыря адаптировались к изменившимся условиям жизни и находились под нашим динамическим наблюдением.

## Заключение

Таким образом, у больных переходно-клеточным раком мочевого пузыря, после ТУР с последующей местной иммунотерапией установлено достоверное снижение качества жизни по шести из 12 оцениваемых пунктов, по сравнению с пациентами после ТУР и местной химиотерапией.

Снижение качества жизни пациентов опытной группы обусловлено, в основном, наличием болевых ощущений, влияющих на трудоспособность, социально-психологической не-

Рисунок Показатели качества жизни больных переходно-клеточным раком мочевого пузыря опытной группы и группы сравнения



удовлетворенности своим здоровьем, влияющим на трудоспособность, настроение, счастье, спокойствие, умиротворенность, что приводит, как правило, к самоизоляции больного в условиях онкологического заболевания после проведенной ТУР мочевого пузыря с последующей иммунотерапией вакциной БЦЖ.

Полученные результаты проведенного исследования позволяют сделать обоснованный вывод о необходимости более длительного реабилитационного периода лечения пациентов после ТУР мочевого пузыря с последующей внутривезикулярной иммунотерапией вакциной БЦЖ, чем после ТУР с местной химиотерапией, в целях снижения частоты рецидивов опухолевых процессов и улучшения качества жизни больных по всем изучаемым параметрам.

## Литература

1. Даренков С. П., Самсонов Ю. В., Чернышев И. В., Ковалев В. А., Григорьев А. А. «Качество жизни больных инвазивным раком мочевого пузыря после радикальной цистэктомии» *Онкоурология*, 2006, 3, 25-29.
2. Aaronson N. K. Quality of life assessment in clinical trials: *metnological issues. Controb clin Trials* 1989; 10 195-208.
3. Chadmick DJ Stowek ML *Life with urostomy Br* 1990; 65-189-91
4. Павлов В. Н., Галимзянов В. З., Загидуллин А. А., Ногманова В. А., Кутляров Л. М., Мустафин А. Т. «Качество жизни больных после илеоцистопластики» *Медицинский Вестник Башкортостана*, 2007; 2, 75-78.
5. Атдуев В. А., Строганов А. Б., Шутов В. В., Ледяев Д. С. «Качество жизни пациентов с ортотопическим мочевым пузырем и сигморектальным резервуаром после радикальной цистэктомии». *Онкоурология*; 2007; 67.
6. Гаврилов А. В. «Динамика качества жизни пациентов с хронической обструктивной болезнью легких на реабилитационном этапе лечения». *Здравоохранение Российской Федерации*. 2007. 3. 37-39.
7. Аполихин О. И., Чернышев И. В. «Применение принципов доказательной медицины при раке мочевого пузыря». *Урология*. 2004.4. 5-11.
8. Двойрин В. В. «Какие публикации заслуживают доверие практического врача. *Международный Хирургический журнал Медицинской практики*; 1997; 1; 17-19.