

Качество жизни больных инвазивным раком мочевого пузыря после радикальной цистэктомии

С.П. Даренков, Ю.В. Самсонов, И.В. Чернышев, В.А. Ковалев, А.А. Григорьев
ФГУ НИИ урологии Росздрава, Москва

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH INVASIVE BLADDER CANCER AFTER RADICAL CYSTECTOMY

S.P. Darenkov, Yu.V. Samsonov, I.V. Chernyshev, V.A. Kovalev, A.A. Grigoryev

Institute of Urology, Russian Ministry of Health, Moscow

Notwithstanding the fact that advances have been made in various urine derivations, the assessment of life quality in patients who have undergone this type of surgical treatment is still not only a medical problem, but, to a greater extent, a social one. Eighty-seven patients who had undergone radical cystectomy and urine derivation for invasive bladder cancer were examined. According to the type of urine derivation, the patients were divided into groups. Then early and late complications, survival rates, and quality of life were estimated. The latter was assessed by three components: physical, psychological, and urological health. Emphasis is laid on physical health component in assessing the quality of life. The special questionnaire applied to the assessment of life quality in patients undergoing urine derivation may be useful for this purpose in those after other urological operations.

Проблема деривации мочи продолжает занимать одно из ведущих мест в реконструктивной урологии [1–4]. С 1898 г., когда впервые была произведена уретеросигмостомия, началось развитие важного направления реконструктивной урологии — кишечной деривации мочи. Это направление в урологии приобрело особую актуальность в последние годы [2–6].

Способы кишечной деривации мочи постоянно совершенствуются, обновляются методы замещения и восстановления емкости мочевого пузыря с использованием различных отделов желудочно-кишечного тракта. Однако несмотря на использование новых технологий в урологии, совершенствование хирургического оборудования, применение современных антибактериальных лекарственных средств и усовершенствование анестезиологических пособий, частота осложнений после операций кишечной деривации мочи высока и составляет от 10 до 22% [2–10].

В связи с этим проблема улучшения качества жизни больных после кишечной деривации мочи остается одной из важных в урологии [2–4, 7, 9, 11–13].

Качество жизни, связанное со здоровьем, является одним из ключевых понятий современной медицины, позволяющих дать глубокий многоплановый анализ важных составляющих здоровья, т.е. физиологических, психологических и социальных проблем больного человека [11, 12, 14].

Указанные данные свидетельствуют о том, что кишечное отведение мочи в урологической практике представляет не только серьезную медицинскую, но и большую социальную проблему [1–6, 8, 13, 15].

Целью нашего исследования было оценить качество жизни больных, перенесших различные виды кишечного отведения мочи, и выработать оптимальные количественные критерии прогнозирования нарушений качества жизни по клиническим и социально-психологическим показателям для повышения эффектив-

ности лечения и качества жизни больных после радикальной цистэктомии.

Материалы и методы. Под наблюдением в НИИ урологии МЗ РФ с 1997 по 2005 г. находятся 87 пациентов — 76 (87,3%) мужчин и 11 (12,7%) женщин — с инвазивным раком мочевого пузыря в возрасте от 16 до 78 лет, в среднем 53,18 года. Стадия T2bN0M0 выявлена у 19 (21,84%) из этих больных, T3aN0M0 — у 20 (22,99%), T3bN0M0 — у 32 (36,78%), T4N0M0 — у 5 (5,74%), T2bN1M0 — у 1 (1,15%), T3aN1M0 — у 3 (3,45%), T3bN1M0 — у 6 (6,90%), T4N1M0 — у 1 (1,15%) больного (согласно Международной классификации TNM онкологических заболеваний, 1997 г.).

У 85 больных морфологический тип опухоли представлен переходно-клеточным раком мочевого пузыря со степенью дифференцировки G1 у 2 больных, G2 — у 47, G3 — у 36 больных. В одном наблюдении выявлена лейомиофибросаркома (1,3%), в другом (1,3%) — аденокарцинома. Двум пациентам с раком мочевого пузыря в стадии T2bN0M0 ранее проводили лучевую терапию в дозе 60 Гр, у больных в последующем развился микроцистис.

Течение основного заболевания было осложнено у 75,2% больных. Чаще всего отмечались одно- и двусторонний уретерогидронефроз, пузырно-мочеточниковый рефлюкс с одной или двух сторон, мочекаменная болезнь, хронический пиелонефрит, хроническая почечная недостаточность (латентная или интермиттирующая стадия), единственная или единственная функционирующая почка, цистостомический дренаж, нефростомический дренаж.

Сопутствующие интеркуррентные заболевания выявлены у 63,8% пациентов. Основные заболевания: ИБС, атеросклеротический кардиосклероз, стенокардия, атеросклероз сосудов головного мозга, артериальная гипертензия, сахарный диабет, язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки.

Всем больным проводили обследование с использованием как общепринятых клинических, так и специальных методов: ультразвуковое, рентгеноконтрастное, эндоскопическое, радиоизотопное исследование всем пациентам; компьютерную томографию, магнитно-резонансную томографию, цитологические и морфологические исследования — больным раком мочевого пузыря.

При физикальном осмотре оценивали общее соматическое состояние пациента, уровень физического и интеллектуального развития, состояние передней брюшной стенки, обращали внимание на наличие рубцовой деформации.

Для оперативного лечения больных были использованы все доступные в настоящее время апробированные методы, применяли оперативное лечение с использованием различных типов и видов кишечной деривации мочи. В послеоперационном периоде проводили антибактериальную и противогрибковую терапию.

При поражении простатического отдела уретры и шейки мочевого пузыря, выявлении опухолевых клеток в препарате, полученном при уретроскопии с биопсией, обнаружении опухолевых клеток при экспресс-биопсии из свободного края уретры, поражении шейки мочевого пузыря и треугольника Льео в сочетании с низкой степенью дифференцировки рака у женщин, а также опухолевой инвазии передней стенки влагалища выполнялась уретрэктомия.

Неoadъювантную химиотерапию мы провели 16 больным по схемам CAP — циклофосфан 500 мг/м² внутривенно в 1-й день + доксорубин (фарморубин, адриабластин) 50 мг/м² внутривенно в 1-й день + цисплатин 100 мг/м² внутривенно в 1-й день и GC — гемзар (гемцитобин) 1000 мг/м² внутривенно в 1, 8 и 15-й дни + цисплатин 70 мг/м² внутривенно во 2-й день. Двум больным провели адъювантную химиотерапию. Лучевая терапия проводилась 3 больным коротким курсом курсовой дозой 60–70 Гр. Лечение оказалось эффективным у 2 больных; у 1 больного был обнаружен местный рецидив.

81 пациенту с инвазивным раком мочевого пузыря была произведена радикальная цистэктомия, 2 пациентам — субтотальная резекция мочевого пузыря. Деривация мочи выполнялась с использованием различных отделов кишечника. Ортотопическая пластика мочевого пузыря по Штудеру выполнена у 16 больных, по Хаутману — у 3 больных, сигмоцистопластика — 4 пациентам, гетеротопическая пластика мочевого пузыря по Майнц пауч I и Индиана пауч — 4 пациентам, уретеросигмостомия по Майнц пауч — II у 13 больных и ее модификация, операция Хасана, — у 6 пациентов. Операция Брикера выполнена 41 больному. Одномоментная уретрэктомия была выполнена 14 больным, страдающим раком мочевого пузыря.

Больные были разделены на 3 группы в зависимости от типа отведения мочи. 1-ю группу составил 41

больной, которым была выполнена инконтинентная форма деривации мочи — илеум кондуит (операция Брикера). Во 2-ю группу были включены 19 больных с уретеросигмостомией по Майнц пауч II и в модификации Хасана. 3-ю группу составили 27 пациентов с континентными формами отведения мочи: 23 пациента с ортотопической пластикой мочевого пузыря в различных модификациях и 4 пациента с гетеротопической пластикой мочевого пузыря в различных модификациях.

Качество жизни оценивали при помощи общего опросника MOS-SF-36, хотя и не специфичного для кишечной деривации мочи, но признанного международным инструментом изучения качества жизни. Он содержит вопросы, касающиеся взглядов пациентов на свое здоровье. Для определения состояния здоровья после кишечной деривации мочи мы использовали составленную нами анкету. Она содержит вопросы, связанные с влиянием заболевания на осуществление повседневной деятельности, с возникновением дискомфорта, слабости, бессонницы, кишечных расстройств. Особое внимание в анкете уделялось пунктам, характеризующим влияние перенесенной операции на качество жизни (наличие или отсутствие гематурии, недержания и неудержания мочи, примеси крови к калу и т. д.).

Основным инструментом оценки качества жизни пациентов является Общий опросник MOS-SF-36. Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100, где 100 соответствует полному здоровью.

Градации отличий:

- 0–20 плохое качество жизни;
- 21–40 посредственное;
- 41–60 хорошее;
- 61–80 очень хорошее;
- 81–100 отличное.

В опроснике MOS-SF-36 используются следующие шкалы.

1. Физическое функционирование (Physical Functioning — PF).
2. Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (Role Physical Functioning — RP).
3. Интенсивность боли (Bodily pain — BP).
4. Общее состояние здоровья (General Health — GH).
5. Жизненная активность (Vitality — VT).
6. Социальное функционирование (Social Functioning — SF).

7. Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (Role-Emotional — RE).

8. Психическое здоровье (Mental Health — MH).

Шкала PF (физическое функционирование) отражает степень, в которой физическое состояние ограничивает выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т.п.). Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что физическая активность пациента значительно ограничивается состоянием его здоровья.

Шкала RP (ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием) отражает влияние физического состояния на повседневную ролевую деятельность (работу, выполнение повседневных обязанностей). Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что повседневная деятельность значительно ограничена физическим состоянием пациента.

С помощью шкалы BP оцениваются интенсивность боли и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома. Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что боль значительно ограничивает активность пациента.

Шкала GH (общее состояние здоровья) предполагает оценку больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения. Чем ниже балл по этой шкале, тем ниже оценка состояния здоровья.

Шкала VT (жизненная активность) выявляет, чувствует ли себя больной полным сил и энергии или, напротив, обессиленным. Низкие баллы свидетельствуют об утомлении больного, снижении жизненной активности.

Оценка по шкале SF (социальное функционирование) определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение). Низкие баллы свидетельствуют о значительном ограничении социальных контактов, снижении уровня общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния.

Шкала RE (ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием) предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая большие затраты времени, уменьшение объема работы, снижение ее качества и т.п.). Низкие показатели по этой шкале интерпретируются как ограничение в выполнении повседневной работы, обусловленное ухудшением эмоционального состояния.

Шкала MH (психическое здоровье) характеризует настроение, наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций. Низкие показатели свидетельствуют о наличии депрессивных, тревожных переживаний, психическом неблагополучии.

Шкалы группируются в два интегральных показателя: физический компонент здоровья (Physical health — PH1) и психологический компонент здоровья (Psychical health — PH2).

Кроме опросника SF-36 была использована разработанная нами анкета для оценки урологического компонента качества жизни. Урологический компонент здоровья характеризуется урологическим индексом, представленным суммой средних величин отдельных шкал вопросника, и функцией удержания мочи.

В данной анкете используется субъективная оценка возникновения симптомов: больной выбирает между категориями «часто», «нечасто», «редко»,

«очень редко», «не бывает», ориентируясь на временные интервалы (1 раз в неделю, 1 раз в месяц, 1 раз в полгода, 1 раз в год).

Проведен ретроспективный анализ отдаленных результатов лечения и влияния различных методов отведения мочи на качество жизни.

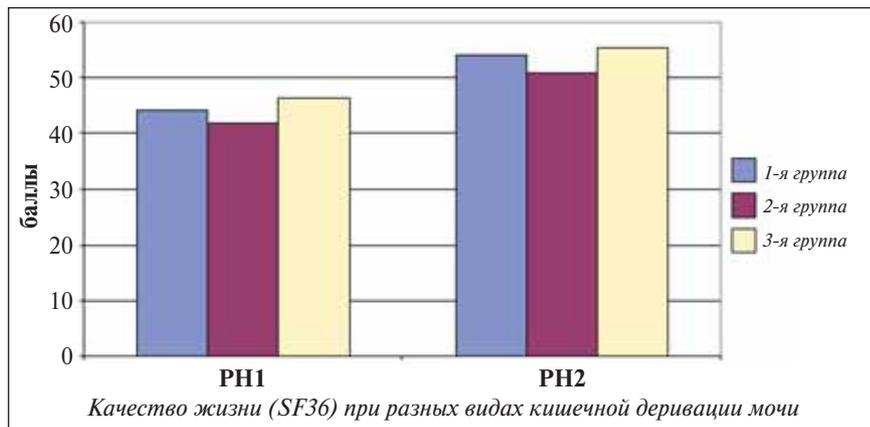
Результаты. Ранние послеоперационные осложнения выявлены у 19 больных, поздние — у 23. Среди ранних осложнений послеоперационного периода мы выделяли: несостоятельность энтероэнтероанастомоза (1 больной), раннюю спаечную болезнь, потребовавшую наложения колостомы (2), расхождение послеоперационных швов и заживление вторичным натяжением (6), острый пиелонефрит, возникший на фоне пузырно-мочеточникового рефлюкса (4), а также парез желудочно-кишечного тракта (6), который потребовал в 2 случаях повторного оперативного вмешательства.

Из поздних послеоперационных осложнений выявлены гиперхлоремический ацидоз — у 14 больных, перенесших уретеросигмостомию, обострение хронического пиелонефрита на фоне стриктур нижней трети мочеточника — у 3 пациентов, пузырно-мочеточниковый рефлюкс — у 11, интермиттирующая хроническая почечная недостаточность как следствие прогрессирующего пиелонефрита — у 8.

Функцию почек и функцию удержания мочи оценили у 77 больных. У большинства больных во всех группах по типу операций функция почек оставалась удовлетворительной. Снижение функции одной почки, не оказывающее существенного влияния на выведение шлаков почками, выявлено у 6 (8,23%) больных 1-й группы, 12 (16,14%) больных 2-й группы и 4 (5,51%) — 3-й группы. Снижение функций обеих почек отмечено только у двух больных 2-й группы. Прогрессирование хронической почечной недостаточности наблюдалось всего у одного больного. Повышение содержания мочевины и креатинина в крови выявлено у 9 (6,72%) больных.

Эффективность континентного отведения мочи оценивали в отношении функции удержания мочи и емкости искусственного резервуара.

Ночное недержание мочи наблюдалось у 3 (5,12%) пациентов с континентными формами отведения мочи и 3 (5,12%) пациентов после уретеросигмостомии. Недержание и недержание мочи у всех больных носило преимущественно ночной характер. Удержание мочи отмечено у 40 (89,76%) пациентов. Ночное недержание мочи выявлено у 12 больных. Емкость искусственного резервуара у большей части больных оказалась достаточной — более 300 мл. 21 (21,1%) больному по разным показаниям (рецидив опухоли, метастазы) проведена неоадьювантная противоопухолевая химиотерапия и лучевая терапия. Химиотерапия была эффективна у 17 больных, лучевая терапия — у 2 пациентов. Рецидив рака мочевого пузыря к концу периода динамического наблюдения возник у 15 (15%) больных. В процессе динамического наблюдения больным,



Качество жизни, баллы

перенесшим уретеросигмостомию, мы проводили уретроскопию с цитологическим исследованием, выявившим у 4 больных рецидив переходноклеточного рака мочевого пузыря с инвазией в дистальный отдел уретры. Всем пациентам была выполнена отсроченная уретрэктомия.

Двум больным с раком мочевого пузыря и произведенной ранее уретеросигмостомией в дальнейшем была выполнена конверсия в илеум-конduit в связи с некорригируемым декомпенсированным гиперхлоремическим ацидозом и газовым рефлюксом.

Эффективность оперативного лечения по поводу рака мочевого пузыря мы оценивали по 5-летней выживаемости. За время наблюдения всего умерли 12 (14,1%) больных. Основной причиной смерти при раке мочевого пузыря было прогрессирование онкологического заболевания. К сопутствующим заболеваниям, ставшими причиной смерти, относились атеросклероз сосудов головного мозга, осложнившийся острым нарушением мозгового кровообращения, и ИБС, осложнившаяся инфарктом миокарда. Чаще всего смерть больных по этой причине наступала на протяжении первого года наблюдения.

Наличие эрекции отмечено у 16 оперированных больных.

Следующим этапом нашего исследования явилось изучение роли качества жизни у пациентов с различными видами кишечной деривации мочи. Нам представляется наиболее приемлемым определение качества жизни, предложенное в работе N.K. Aaronson [12]: «Качество жизни — интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанная на собственном восприятии». Это позволяет оценить результаты по параметрам, которые находятся на стыке научного подхода специалистов и субъективной точки зрения пациентов.

Несмотря на значительное количество исследований, посвященных качеству жизни больных, перенесших операции кишечной деривации мочи, ясности в этом вопросе пока не достигнуто. Объясняется это

различием применяемых инструментов исследования (опросников и анкет), в ряде случаев — недостаточным количеством обследуемых, их не вполне удачной группировкой, но в первую очередь — отсутствием специализированных опросников для обследования урологических больных. Данный фактор вынуждает исследователей дополнять существующие опросники, в частности MOS SF-36, использованный нами в работе, анкетами, большая часть вопросов которых посвящена урологическим проблемам.

При оценке качества жизни с разными формами кишечного отведения мочи мы выделили 3 составляющие: физический, психологический и биологический компоненты здоровья. Выраженная симптоматика, встречающаяся у больных (частое болезненное мочеиспускание, боли внизу живота, цистостомический дренаж, периодическая примесь крови в моче), приводят к ухудшению их физического состояния, а хроническое прогрессирующее течение вызывает проблемы психологического характера и ограничивает социальную активность.

По нашему мнению, повышение точности оценки качества жизни предполагает отдельный анализ составляющих качества жизни по отдельным шкалам опросника.

Оценивая физический компонент здоровья в целом, мы выявили во всех исследованных группах «хорошее» качество жизни (см. рисунок). Однако при оценке по отдельным шкалам опросника отмечается статистически достоверное снижение качества жизни, в основном обусловленное категорией «интенсивность боли» (особенно у пациентов после деривации мочи в непрерывный кишечник — уретеросигмостомии), что, вероятно, связано с большим количеством различных послеоперационных осложнений, таких как гиперхлоремический ацидоз и «пузырно»-мочеточниковый, кишечный и газовый рефлюкс. Высокие баллы у пациентов с инконтинентной формой деривации мочи по шкале физического функционирования отражают «очень хорошее» качество жизни, что свидетельствует о хорошей социальной адаптации и адаптации к таким физическим нагрузкам, как ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей.

Анализ шкал психологического компонента здоровья в сравниваемых группах в целом показал достоверно хороший уровень качества жизни. У пациентов с континентными формами отведения мочи показатели ролевого функционирования достигли 90,3, что относится к категории «отлично» и, по результатам нашего исследования, вероятно, обусловлено относительно молодым возрастом больных и приближенностью ортопического мочевого резервуара к физиологическому нижнему мочевому тракту. Низкие показатели у паци-

ентов с уретеросигмостомией могут быть связаны с психоэмоциональной нестабильностью больных за счет периодически возникающего дискомфорта в области ануса, недержания мочи, неприятного запаха от себя.

При изучении состояния биологического здоровья нами были выделены следующие понятия: биологический компонент качества жизни, урологический индекс и показатель функции удержания мочи, которые дают более полное представление о качестве жизни после кишечной деривации мочи.

При оценке урологического индекса нами выявлена зависимость, аналогичная таковой при анализе физического и психологического компонентов качества жизни. При сравнении количественных показателей в трех группах отмечен высокий балл у пациентов с континентной деривацией мочи, самый низкий — у пациентов после уретеросигмостомии (различия статистически достоверны). Это свидетельствует об уменьшении значимости урологического индекса в интегральной оценке качества жизни пациентов, перенесших различные виды кишечной деривации мочи.

Показатель функции удержания мочи мы оценили во 2-й и 3-й группах (см. таблицу), так как 1-я группа представлена пациентами с инконтинентной формой кишечной деривации мочи. Из полученных данных следует, что функция дневного и ночного удержания мочи несколько хуже у пациентов после уретеросигмостомии, у которых функцию удержания мочи осуществляет анальный сфинктер, функционально не предназначенный для удержания жидкости.

Таким образом, подводя итог исследования качества жизни у пациентов, перенесших различные виды кишечной деривации мочи, по опроснику MOS SF-36, можно сказать, что качество жизни пациентов всех групп «хорошее». Показатели психологического здоровья в целом лучше, чем физического.

Функция удержания мочи у пациентов с континентными формами удержания мочи

Функция удержания мочи	2-я группа	3-я группа	p
Дневное удержание мочи	1,24±0,44	1,16±0,51	0,58
Ночное удержание мочи	1,82±0,72	1,5±0,72	0,14

В ходе проведенного исследования мы оценили качество жизни больных после различных форм кишечной деривации мочи, дополнив его разработанной нами анкетой, определив, что больше всего страдает физический компонент здоровья, на втором месте — психологический компонент, на третьем — биологический компонент здоровья.

Кроме того, представляется целесообразным разработать, испытать и утвердить специализированный опросник для исследований в области урологии, который позволит унифицировать метод исследования для любых урологических исследований качества жизни.

Заключение. Илеум кондуит (операции Брикера), выполненный у пожилых пациентов с отягощенным соматическим статусом, обеспечивает «хорошее» качество жизни по физическому, психологическому и урологическому компонентам здоровья. Уретеросигмостомия с формированием резервуара, несмотря на техническую простоту выполнения, является наиболее отягощенной по количеству послеоперационных осложнений, что, вероятно, связано с особенностями деривации мочи в непрерывный кишечник. Качество жизни больных, перенесших уретеросигмостомию, — самое низкое по всем компонентам. Для пациентов с континентными формами отведения мочи по данным комплексного исследования физического, психологического и урологического компонентов здоровья характерны «очень хорошее» качество жизни и максимальная социальная адаптация трудоспособного контингента больных. Разработанный алгоритм исследования качества жизни обеспечивает достаточную точность результатов исследования качества жизни.

Литература

1. Горячев И.А., Левковский И.С. Повреждения мочевого пузыря. В кн.: Руководство по урологии. Ред. Н.А. Лопаткин. М., Медицина; 1998. Т. 3. с. 34–53.
2. Даренков С.П., Соколов А.Е., Горилковский М.Л. и соавт. Деривация мочи у больных с последствиями травм нижних мочевых путей. Материалы X Российского съезда урологов. Москва, 1–3 октября 2002 г. М., 2002. с. 550–1.
3. Матвеев Б.П., Фигурин К.М., Карякин О.Б. Рак мочевого пузыря. М., Вердана; 2002. с. 6–13.
4. Руководство по онкоурологии. Под ред. Б.П. Матвеева. М., РОНЦ им. Н.Н. Блохина; 2003. с. 216.
5. Abol-Enein H. Continent urinary diversion: an overview. Edited by Mansoura University (Mansoura – Egypt). 2003.
6. Fisch M., Wammack R., Muller S.C. et al: The Mainz pouch II (sigma rectum pouch). J Urol 1993; 149 (2): 258–63.
7. Golomb J., Klutke C.G., Raz S. Complications of bladder substitution and continent urinary diversion. Urol 1989; 34: 329–33.
8. Hautmann R.E., Egghart G., Frohneberg D., Miller K. The ileal neobladder. J Urol 1988; 139: 39–43.
9. Mansson A., Johnson G., Mansson W. Quality of life after cystectomy. Comparison between patients with conduit and those with continent caecal reservoir urinary diversion. Br J Urol 1988; 62: 240–5.
10. Studer U., Furger P. Psycho-social reintegration of the urostoma patients. Schweiz Med Wochenschr 1981; 111: 1834–9.
11. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. СПб., Нева; М., Олма-пресс Звездный мир; 2002.
12. Aaronson N.K. Quality of life assessment in clinical trials: methodological issues. Control Clin Trials 1989; 10: 195–208.
13. Chadwick D.J., Stower M.J. Life with urostomy. Br J Urol 1990; 65: 189–91.
14. Есипов А. В. Сравнительная оценка качества жизни больных, перенесших операции по поводу доброкачественной гиперплазии предстательной железы. Автореф. дисс... канд. мед. наук. М., 2001.
15. Вишневский Е.П. Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря. В кн.: Руководство по урологии. Ред. Н.А. Лопаткин. М., Медицина; 1998. Т. 2. с. 232–50.
16. Карякин О.Б., Гришин Г.Н., Володина Т.В. Диагностика и лечение метастазов рака мочевого пузыря. Урол нефрол 1997; 2: 22–5.