

## Качество жизни пациентов с мышечно-инвазивным раком мочевого пузыря стадии T2b–T3a после хирургического лечения

Т.А. Свеклина, В.Н. Крупин

Кафедра урологии ГБОУ высшего профессионального образования «НижГМА» МЗ РФ, Нижний Новгород

Контакты: Татьяна Александровна Свеклина sveklina@mail.ru

Представлен материал по изучению качества жизни у пациентов с мышечно-инвазивным раком мочевого пузыря (РМП) стадии T2b и T3a после хирургического лечения в зависимости от вида оперативного пособия. Исследование проводилось с помощью опросников EORTC QLQ-30 и FACT-BL. Наилучшие показатели качества жизни наблюдаются среди пациентов после органосохраняющего лечения мышечно-инвазивного РМП.

**Ключевые слова:** качество жизни, рак мочевого пузыря, органосохраняющее лечение, цистэктомия

### Quality of life in patients with muscle-invasive bladder cancer stages T2b and T3a after surgical treatment

T.A. Sveklina, V.N. Krupin

Department of Urology Nizhny Novgorod State Medical Academy, Nizhny Novgorod

The article represents the study of quality of life in patients with muscle-invasive bladder cancer stages T2b and T3a after surgery, depending on the operation type. The study was conducted using questionnaires EORTC QLQ-30 and FACT-BL. The best levels of quality of life were observed in patients after organ-saving treatment of muscle-invasive bladder cancer.

**Key words:** quality of life, a cancer of the urinary bladder, organ-saving treatment, cystectomy

#### Введение

Отношение к выбору метода лечения (открытые резекции или цистэктомии) при мышечно-инвазивном раке мочевого пузыря (РМП) до настоящего времени было неоднозначное. По мнению сторонников цистэктомии, в связи с высокой вероятностью рецидивов (50–90%) после органосохраняющего лечения РМП удаление мочевого пузыря при мышечно-инвазивном раке становится приоритетным [1–3].

В то же время сторонники органосохраняющих операций по поводу мышечно-инвазивного РМП указывают на крайне низкое качество жизни больных после цистэктомии, невзирая на различные варианты деривации мочи [4–6]. Кроме того, высокая травматичность операции и технические сложности ее выполнения делают цистэктомию для ряда пациентов с РМП неприемлемой.

**Целью исследования** — сравнительная оценка качества жизни больных мышечно-инвазивным РМП в стадии T2b–T3a после органосохраняющего лечения (резекции мочевого пузыря и резекции мочевого пузыря с пересадкой устья мочеточника) и после радикальных цистэктомий с кишечными пластиками гетеро- и ортотопическим способами.

#### Материалы и методы

Обследованы 108 больных мышечно-инвазивным РМП в стадии T2b–T3a, которые проходили лечение на

базе урологических отделений Нижегородской ОКБ им. Н.А. Семашко в период с 1990 по 2008 г. В зависимости от объема выполненной операции пациенты были поделены на 3 группы. В 1-ю группу вошли пациенты после резекций мочевого пузыря ( $n = 56$ ), во 2-ю группу — пациенты после резекций мочевого пузыря с пересадкой устья мочеточника ( $n = 23$ ), в 3-ю группу — пациенты после цистэктомий с кишечными пластиками ( $n = 29$ ).

В 1-й группе средний возраст больных составил 61 год, во 2-й — 62 года, в 3-й — 58 лет. У основной массы пациентов заболевание выявлено в стадии T2b: 89,6; 72 и 72% соответственно по группам; по степени дифференцировки G<sub>2</sub> имели 60, 56 и 52% соответственно. Максимальное количество сопутствующих патологий со стороны различных органов и систем было отмечено во 2-й группе — 304%; в 3-й группе — 234%, в 1-й группе — 174% (в связи с наличием у 1 пациента нескольких сопутствующих заболеваний общая сумма получилась более 100%). В основном преобладали патологии со стороны мочеполовой и сердечно-сосудистой систем (в 1-й группе — 93 и 54% соответственно, во 2-й группе — 209 и 56%, в 3-й группе — 126 и 55%). В 1-й группе рецидивы возникли в 44%, во 2-й группе — в 24%, в 3-й группе местные рецидивы развились в 10%.

#### Материалы и методы

Исследование качества жизни больных проводилось при помощи 2 опросников, наиболее полно от-

вечающих требованиям оценки качества жизни онкологических больных. Первый — современная версия опросника Европейской организации по изучению и лечению рака EORTC QLQ-30 (v. 3) (Quality of Life Questionnaire-Core 30 of European Organisation for Research and Treatment Cancer), официально утвержденная Группой изучения качества жизни EORTC и разрешенная для применения в научных исследованиях [7–8].

Второй опросник — FACT-G (Functional Assessment of Cancer Therapy-General) с модулем BL (шкала функциональной оценки лечения РМП; версия 4). Опросник имеет дополнительные вопросы по проблемам мочевого выделения и удержания мочи, функции кишечника, сексуальной функции, а также возможности трудовой и профессиональной реабилитации после применения различных методов деривации мочи [9–11].

Все 108 больных, участвующих в исследовании, отвечали на вопросы обеих анкет. Проверку гипотезы о различии между группами проводили с помощью непараметрического критерия Краскела–Уоллиса.

**Результаты и обсуждение**

**Опросник EORTC QLQ-30**

Согласно проведенному исследованию по качеству жизни пациентов с мышечно-инвазивным РМП стадии T2b–T3a после хирургического лечения по опроснику EORTC QLQ-30 получены результаты, подтверждающие лучший уровень качества жизни пациентов после открытых резекций, особенно по физическому состоянию, по адаптации пациентов в обществе (социальная шкала), в отношении денежных затрат, по функционированию желудочно-кишечного тракта (по симптомам тошноты, рвоты, диареи) (табл. 1). После цистэктомии получены более низкие показатели качества жизни по сравнению с данными после открытых резекций (см. табл. 1). Единственная шкала, по которой показатели по 3-й группе лучше, чем в 1-й и 2-й группах, это шкала «Усталость», что может быть связано с более длительным сроком наблюдения за пациентами 1-й и 2-й групп (18 лет) по сравнению с 3-й (8 лет), с наличием повторных операций по поводу рецидивов РМП среди пациентов 1-й и 2-й групп, в связи с чем пациенты были вынуждены находиться в стационаре (см. табл. 1).

**Таблица 1.** Оценка качества жизни пациентов по опроснику EORTC QLQ-30

Шкала опросника	1-я группа, n = 56	2-я группа, n = 23	3-я группа, n = 29	p = 0,05
	Медианы шкал, %*			
Физическая шкала	13	27	33	0,049
Социальная шкала	17	17	50	0,052
<b>Симптом</b>				
тошнота/рвота	0	0	67	0,0001
диарея	0	0	33	0,001
Шкала «Денежные затраты»	33	33	67	0,0226
Симптоматическая шкала «Усталость»	33	56	0	0,0001
Шкала «Качество жизни»**	50	50	50	0,0500
Ролевая шкала	0	33	17	0,0162
Эмоциональная шкала	17	25	25	0,0095
Симптоматическая шкала «Боль»	0	33	33	0,001
<b>Симптом</b>				
одышка				0,1048
нарушение сна				0,1497
снижение аппетита				0,1188
запор				0,4727
Познавательная шкала				0,1955

\* Высокий показатель медианы по шкалам означает более высокую выраженность нарушений.  
 \*\* Высокий показатель медианы по шкале «Качество жизни» означает высокий уровень жизни.

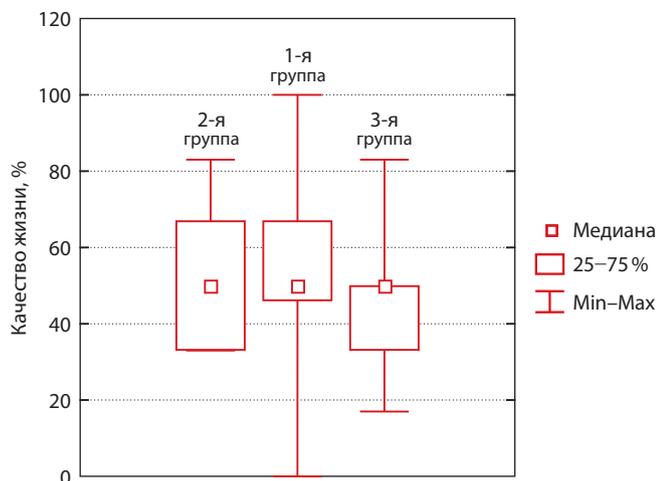


Рис. 1. Шкала «Качество жизни»

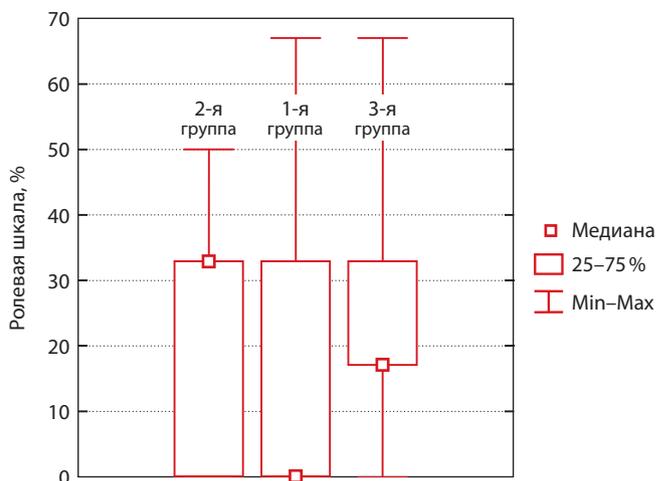


Рис. 2. Рольевая шкала

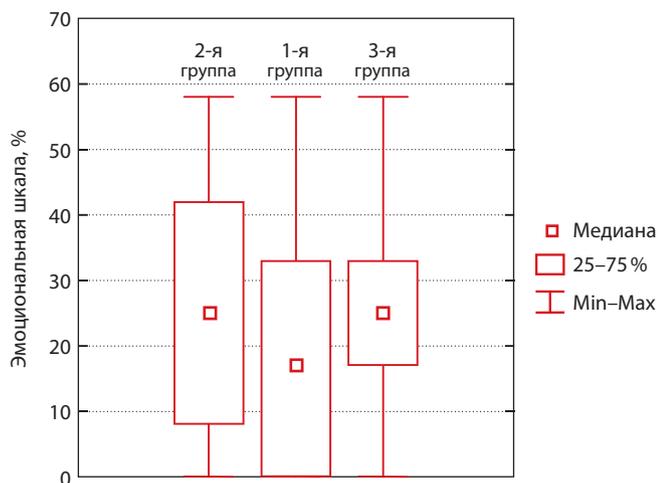


Рис. 3. Эмоциональная шкала

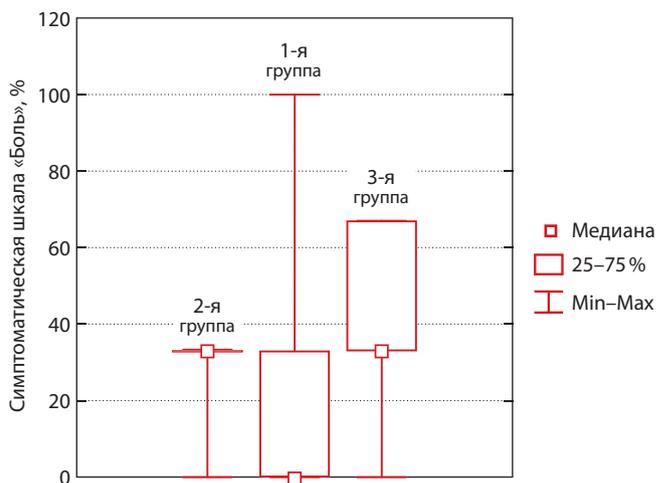


Рис. 4. Симптоматическая шкала «Боль»

При оценке общей шкалы «Качество жизни» показатели по медиане во всех 3 группах равны. Но данная шкала не является интегральной, поэтому при интерпретации данных необходимо учитывать показатели, полученные по всем шкалам опросника, оценивать все параметры шкалы. При анализе графика шкалы выявлен максимальный разброс в сторону 25% перцентиля (в сторону худших показателей) в 3-й группе, а максимальный разброс в сторону 75% перцентиля (в сторону лучших показателей) в 1-й и 2-й группах (рис. 1).

Таким образом, у пациентов после открытых резекций мочевого пузыря отмечен более высокий уровень качества жизни.

При сравнении средних показателей по ролевой шкале данные по 2-й группе хуже, чем по 3-й, но при детальном разборе параметров максимальные отклонения в сторону худших показателей выявлены в 3-й

группе, что означает наличие выраженных ролевых отклонений как у пациентов 2-й группы, так и 3-й (рис. 2).

По эмоциональной шкале медианы наблюдения равны во 2-й и 3-й группах, но детальная оценка всех отклонений показала, что во 2-й группе имеются пациенты с менее выраженными отклонениями в эмоциональной сфере, а в 3-й группе нарушения эмоционально-психического состояния находятся на одном достаточно высоком уровне (рис. 3).

По симптоматической шкале «Боль» показатели по медиане равны во 2-й и 3-й группах, но разброс показателей в худшую сторону больше среди пациентов 3-й группы, что говорит о более выраженных болевых ощущениях у пациентов 3-й группы (рис. 4).

По познавательной шкале (вопросы касались заинтересованности книгами, просмотром телевизора)

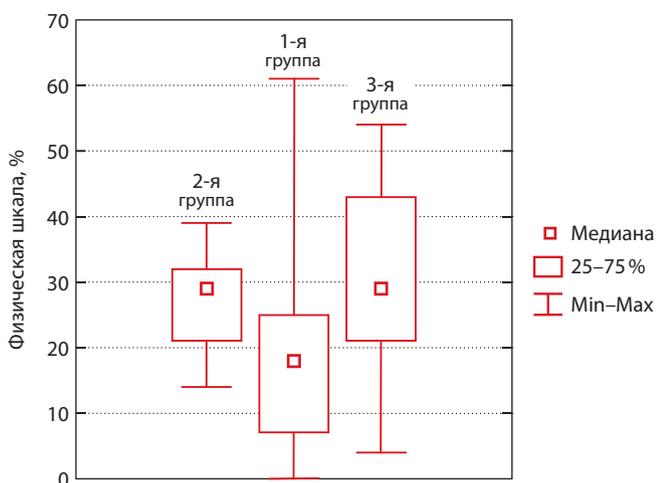


Рис. 5. Физическая шкала

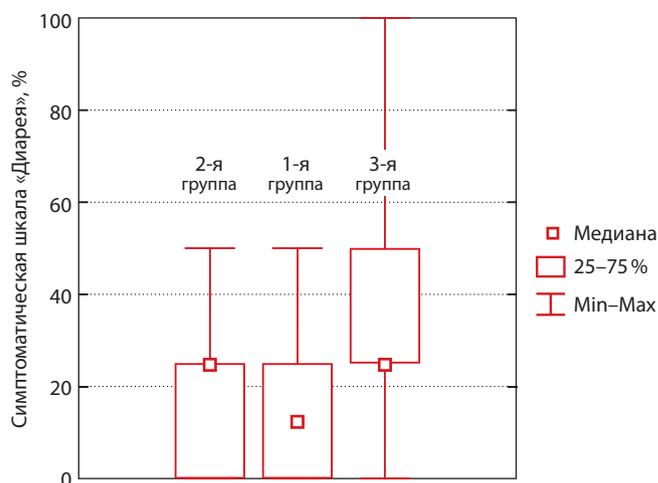


Рис. 6. Симптоматическая шкала «Диарея»

по симптомам одышки, нарушения сна, снижения аппетита, запора не выявлено статистически значимых отличий среди пациентов 3 групп.

**Опросник FACT-BL**

По данным аналогичного исследования с применением анкеты FACT-BL был подтвержден лучший уровень качества жизни у пациентов после открытых резекций, особенно в эмоциональной сфере, интимной жизни, по качеству мочеиспускания (табл. 2).

При сравнительном анализе параметров физического состояния (рис. 5), функционирования желудочно-кишечного тракта (по симптомам диареи, сниже-

ния массы тела) (рис. 6) медианы во 2-й и 3-й группах равны, но при детальной оценке шкал максимальные отклонения в сторону худших показателей выявлены среди пациентов 3-й группы.

По шкалам социального, функционального благополучия (вопросы касались работы по дому) по шкале «Отношение к цистостоме» (небольшое количество наблюдений) не выявлено статистически значимых различий между группами.

**Выводы**

• По данным опросников EORTC QLQ-30, FACT-BL более высокий уровень качества жизни вы-

Таблица. 2. Оценка качества жизни пациентов по опроснику FACT-BL

Шкала опросника	Интерпретация результата по медиане	1-я группа, n = 56	2-я группа, n = 23	3-я группа, n = 29	p = 0,05
		Медианы шкал, %			
Эмоциональное благополучие	Чем меньше, тем лучше	29	33	42	0,001
Симптоматическая шкала «Мочеиспускание»		25	25	50	0,0001
Симптоматическая шкала «Отношение к себе»	Чем больше, тем лучше	44	50	25	0,0026
Физическое благополучие	Чем меньше, тем лучше	18	29	29	0,005
Симптоматическая шкала «Диарея»		12,5	25	25	0,0003
Симптоматическая шкала «Контроль кишечника»	Чем больше, тем лучше	75	50	50	0,0078
Симптоматическая шкала «Похудание»	Чем меньше, тем лучше	0	25	25	0,0121
Симптоматическая шкала «Отношение к цистостоме»	—	0,3542			
Социальное благополучие	—	0,7684			
Функциональное благополучие	—	0,0615			

явлен среди пациентов 1-й группы (после открытых резекций). Низкий уровень жизни подтвержден у пациентов после цистэктомий (3-я группа). В то же время по 2-й группе (после резекции мочевого пузыря с пересадкой устья мочеточника) получены промежуточные результаты, что связано с большим, чем в 1-й группе, объемом операции, с сохранением собственного мочевого пузыря, с более длительными сроками

наблюдения и более старшим возрастным составом пациентов по сравнению с 3-й группой.

• Продолжительная жизнь с удовлетворительным качеством является одним из критериев эффективности лечения больных. При выборе метода лечения при мышечно-инвазивном РМП следует критично и взвешенно подходить к определению показаний для цистэктомий или открытых резекций.

## Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Jichilinski P., Forrer M., Mizeret J. Clinical evaluation for detecting superficial transition cell carcinoma of the bladder by light — induced fluorescence of protoporphyrin IX following topical application of 5-aminolevulinic acid. *Laser Surg Med* 1997;29:402–8.
2. Step H., Wagner S., Zaak D., Knuchel R. Fluorescence diagnosis of bladder tumor by use of 5 — aminolevulinic acid: fundamentals and results. Ed. R. Baumgartner, M. Kreigmair, A. Hofstetter. 1998; p. 39–41.
3. Русаков И.Г., Соколов В.В., Булгакова Н.Н. и др. Фотодинамическая диагностика и флуоресцентная спектроскопия при поверхностном раке мочевого пузыря. *Онкоурология* 2009;4:41–6.
4. Карякин О.Б. Органосохранная тактика при инвазивном раке мочевого пузыря: «за» и «против». *Практ онкол* 2003; 4(4):252–5.
5. Иванов С.Д., Маслюкова Е.А., Карелин М.И. и др. Прогнозирование эффективности органосохраняющего лечения больных инвазивным раком мочевого пузыря. *Вопр онкол* 2006;52(5):565–70.
6. Попов А.М., Карякин О.Б. Органосохраняющее лечение инвазивного рака мочевого пузыря. *Рос онкол журн* 2005;3:49–52.
7. Aaronson N.K., Ahmedzai S., Bergman B. et al. The European Organisation for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality of life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Nat Cancer Inst* 1993;85:365–75.
8. Fayers P., Aaronson N., Bjordal K., Sullivan M. EORTC QLQ-C30 scoring manual. EORTC Study Group on Quality of Life, Brussels, 1995. P. 50.
9. Coast J., Peters T.J., Richards S.H., Gunnell D.J. Use of the EuroQOL among elderly acute care patients. *Qual Life Res* 1998;7:1:1–10.
10. Frei E. 3rd. Randomized clinical trials and other approaches in clinical research. *Cancer* 1994;74 (9 suppl):2610–3.
11. Simons J.P., Aaronson N.K., Vansteenkiste J.F. et al. Effects of medroxyprogesterone acetate on appetite, weight, and quality of life in advanced-stage non-hormone-sensitive cancer: a placebo-controlled multicenter study. *J Clin Oncol* 1996;14(4):1077–84.