

# Влияние хирургических методов лечения на качество жизни больных раком мочевого пузыря

Борзунов И.В. к.м.н., доцент кафедры урологии ГОУ ВПО УГМА, г. Екатеринбург

## Influence of surgical treatment methods on life quality of patients with bladder cancer

Borzunov I.V.

### Резюме

Проведен анализ частоты поздних послеоперационных осложнений и оценка качества жизни у 852 больных после трансуретральной резекции мочевого пузыря - I группа, 39 после резекции мочевого пузыря - II группа и 135 пациентов после радикальной цистэктомии - III группа, находившихся на лечении в клинике урологии ГОУ ВПО УГМА на базе ГУЗ СОКБ№1. Сравнительный анализ качества жизни после проведенного хирургического лечения проводился методом социоклинического исследования с применением анкеты - опросника. Анализ результатов диспансерного наблюдения больных раком мочевого пузыря (РМП) после различных видов оперативного лечения выявил наиболее часто встречаемые поздние осложнения, влияющие на качество жизни (КЖ) пациентов. В статье дана оценка структуры и частоты встречаемости поздних осложнений после различных видов оперативного лечения рака мочевого пузыря. Учитывая низкий уровень психоэмоционального состояния пациентов с РМП, после любого хирургического вмешательства необходимо проводить санитарную пропаганду всеми доступными методами среди населения, чтобы больные при появлении примеси крови в моче или при появлении дизурических расстройств обращались к врачу урологу.

**Ключевые слова:** рак мочевого пузыря, качество жизни, трансуретральная резекция, радикальная цистэктомия

### Summary

Analysis of late postsurgical complications and life quality among patients with bladder cancer was done. All patients were divided in to three groups: I- patients after bladder transurethral resection (n – 852), II – patients after bladder resection ( n -39) and III group – patients after radical cystectomy ( n -135). The base of the following research was urology department of Ural state medical academy. Comparative analysis was based on socioclinical research with the usage of questionnaire. As the result we have got the information about most frequent complications. Evaluation of later complications and it's structure was given in the following article. We decided that sanitary propaganda is one of the most important measures of bladder cancer early diagnostic.

**Key words:** bladder cancer, life quality, transurethral resection, radical cystectomy

### Введение

На современном этапе лечение больных опухолями мочевого пузыря имеет три основные цели:

- 1) полное удаление существующей опухоли;
- 2) предотвращение рецидивирования;
- 3) профилактика прогрессирования опухоли в инвазивную форму или метастазирования.

Хирургическое вмешательство остается основным в настоящее время при лечении опухоли мочевого пузыря, несмотря на широкое применение комбинированной и комплексной терапии. Оперативные методы подразделяются на три основных типа:

- 1) трансуретральные – трансуретральная резекция стенки мочевого пузыря с опухолью;
- 2) резекция мочевого пузыря;

3) цистэктомия [1].

Трансуретральная резекция (ТУР) мочевого пузыря считается стандартом в качестве начального лечения больных поверхностным раком мочевого пузыря. Перед проведением резекции следует выполнить цистоскопию для выработки тактики дальнейшего лечения и прогноза течения заболевания, что нередко осложняется стриктурой уретры, наличием доброкачественной гиперплазии предстательной железы, обострением хронического цистита и т.д. Одновременно с трансуретральной резекцией проводится биопсия окружающих тканей для исключения рака *in situ*.

ТУР мочевого пузыря не лишена недостатков. Кровотечение является одним из наиболее распространенных осложнений данного метода. По данным различных авторов это осложнение встречается у 2,8 – 6,3 % больных. В послеоперационном периоде через две недели после операции может возникнуть вторичное кровотечение, связанное с отторжением струпа от резецированной ткани мочевого пузыря. Поздние кровотечения – результат отхождения некротизированных тканей и присоединения инфекции [2].

В ходе операции может произойти перфорация моче-

Ответственный за ведение переписки -  
Борзунов Игорь Викторович,  
620021, Екатеринбург, ул. Репина, 3,  
E-mail: borzunov@e1.ru,  
телефон: 89122449102

вого пузыря, которая бывает интраперитонеальной и экстраперитонеальной у 0,9 – 1,7% больных. Отдаленные результаты ТУР мочевого пузыря так же не утешительные. По данным различных авторов от 50 до 79% больных отмечаются рецидивирование опухолевого процесса [3]. По данным Б.П. Матвеева и К.М. Фигурина (2001), рецидивы поверхностного РМП после ТУР мочевого пузыря развиваются в среднем у 60 – 70% больных в течение пяти лет, а частота прогрессирувания составляет около 15 – 20%.

В качестве причин рецидивирования рассматриваются диффузный характер неопластических изменений уротелия, наличие очагов CIS, сопутствующих папиллярной опухоли, возможность имплантации опухолевых клеток во время операции, пропущенные во время ТУР небольшие опухоли. При цистоскопии через две – шесть недель после ТУР у 32 – 64% больных выявляются новообразования, не удаленные во время трансуретральной резекции.

Факторами, оказывающими влияние на рецидивирование, прогрессию опухоли и результаты лечения, являются: количество опухолей к моменту ТУР, частота рецидивов в анамнезе, рецидив в течение трех месяцев, размер опухоли. Чем больше опухоль, тем выше риск рецидива.

К открытым оперативным вмешательствам при РМП относятся резекция мочевого пузыря и радикальная цистэктомия [4].

Применяются несколько видов резекции мочевого пузыря:

1. Электрорезекция.
2. Резекция в ложе Овнатяна.
3. Резекция с вакуумным фиксатором.
4. Резекции: плоскостная, сегментарная, клиновидная, гемирезекция.
5. Гемистэктомия: сагиттальная, верхняя, нижняя и т.д.

Отношение различных авторов к открытой резекции мочевого пузыря неоднозначно и является предметом дискуссии, что обусловлено возможностью применения менее травматичных эндоскопических методов удаления опухоли мочевого пузыря, а так же возможностью более радикально удалить опухоль.

При невозможности выполнить ТУР (например, при стриктуре уретры), мы проводим малоинвазивные резекции мочевого пузыря с использованием инструментов и техники ретроперитонеоскопических операций.

Резекция мочевого пузыря может быть произведена при: 1. первичном поражении мочевого пузыря; 2. одиночной опухоли; 3. локализации опухоли на подвижных стенках мочевого пузыря далее чем на 3 см от шейки;

4. размерах опухоли не более 5-6 см; 5. отсутствии рака in situ или дисплазии в окружающей слизистой мочевого пузыря и простатического отдела уретры.

Радикальная цистэктомия считается высокоэффективным методом лечения больных с низкодифференцированным РМП с метастазами в региональные лимфоузлы.

Лоран О.Б. (1998) считает, что цистэктомия нашла бы широкое применение при существовании идеального метода деривации мочи, обеспечивающего высокое качество жизни после операции.

По мнению авторов, подходить к выбору метода лечения РМП необходимо строго индивидуально при наличии опухолей высокого риска рецидивирования, резистентных к адьювантной терапии после эндоскопических операций и при наличии сопутствующего рака in situ [5,6].

Согласно руководству по клинической урологии М. Филиппа и соавт. (2006), цистэктомия относится к стандартному методу лечения РМП, прорастающего в мышечный слой. При радикальной цистэктомии единым блоком удаляют мочевой пузырь, предстательную железу, семенные пузырьки и проксимальный отдел уретры.

Операция завершается отведением мочи, с которой связана основная часть отдаленных осложнений. Ранние и поздние осложнения отмечаются в 10 – 30% случаев. Летальность составляет 1 – 3%. Ранние осложнения включают: раневую инфекцию (3 – 5%), кишечную непроходимость (5 – 10%), тромбоз глубоких вен и повреждения прямой кишки (1 – 4%).

К поздним осложнениям относятся: пиелонефрит, стриктуры мочеточниково-кишечного анастомоза, ухудшение функции почек, эректильная дисфункция.

При разумном определении и радикальном выполнении операции больные РМП, как правило, жизнеспособны. В связи с этим важным параметром клинической эффективности лечения РМП является качество жизни пациентов [7,8]. КЖ – 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, под качеством жизни понимают «восприятие индивидуумом его положения в жизни в связи с целями, ожиданиями, стандартами и интересами» [9].

На кафедре урологии ГОУ ВПО Уральского государственной медицинской академии разработана анкета «Оценка динамики качества жизни больного с опухолью мочевого пузыря после проведенного лечения», утвержденная Ученым Советом лечебно-профилактического факультета 6 марта 2008г. протокол №6.

*Целью исследования* явилось изучение влияния на КЖ больных РМП различных хирургических методов лечения.

## Материал и методы

В клинике урологии УГМА на базе ГУЗ СОКБ№1 за период 2002 - 2010 годы изучены результаты хирургического лечения 852 больных РМП, из них 578 мужчин и 274 женщины после трансуретральной резекции мочевого пузыря – I группа, 39 (31- мужчины, 8 – женщины) после резекции мочевого пузыря (включая малоинвазивную резекцию) – II группа и 135 (114 мужчин, 21 женщина) пациентов после радикальной цистэктомии – III группа.

Сравнительный анализ проводили методом социоклинического исследования КЖ с применением анкеты-опросника, разработанной кафедрой урологии Уральского государственной медицинской академии. 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 физического и психического

компонентов 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 КЖ пациентов после проведенного оперативного лечения.

### Результаты и обсуждение

Анализ результатов диспансерного наблюдения больных РМП после различных видов оперативного лечения выявил наиболее часто встречаемые поздние осложнения, влияющие на качество жизни пациентов.

Среди пациентов часто был диагностирован цистит у 28,1% женщин,

у 31% - мужчин (I группа) и у 37,5% женщин и у 34% мужчин (II группа). У больных II и III группы нередко отмечался хронический пиелонефрит: мужчины - 12,9% и 48,2%, женщины - 25% и 52,4% (соответственно).

Наиболее частым поздним осложнением хирургического лечения РМП у мужчин является эректильная дисфункция, которая составила в I группе - 19%, во II группе - 25,8%, а в III - достигла 96,5%. (Табл. 1).

Показатели КЖ дают возможность в определенной степени оценить уровень физического, психологическо-

го и эмоционального благополучия пациентов после хирургического лечения РМП во всех изучаемых группах. (Табл. 2).

Данные таблицы свидетельствуют о статистически значимых различиях по девяти из двенадцати показателей пациентов I и III групп, шести показателей - I и II групп.

Анализ показателей КЖ указывает на сохранение приемлемого физического уровня в I и II группах при недостаточности психоэмоционального благополучия пациентов во всех группах.

Таким образом, необходим индивидуальный подход к каждому пациенту, учитывая:

1. Стадию онкологического процесса.
2. Соматический статус пациента.
3. Инвазию опухоли в уретру (при подготовке к радикальной цистэктомии).
4. Предпочтение пациента.
5. Интеллектуальный уровень и социальный статус пациента.
6. Прогнозируемые возможные интраоперационные сложности.

Анализ комплекса вышеуказанных факторов позволит правильно оценить каждый конкретный случай, снизить количество послеоперационных осложнений и улучшить КЖ больного РМП.

### Выводы

Диагностика РМП необходима в ранней стадии процесса, что позволит добиться лучших результатов лечения, снизить частоту послеоперационных осложнений.

Необходим индивидуальный подход к каждому пациенту с обязательным разъяснением возможного снижения КЖ после оперативного лечения.

Таблица 1. Поздние осложнения после различных методов хирургического лечения РМП

Поздние осложнения	ТУР МП Абс./ %		Резекция МП (малоинвазивная) Абс./ %		Радикальная цистэктомия Абс./ %	
	Мужчины 578	Женщины 274	Мужчины 31	Женщины 8	Мужчины 114	Женщины 21
Цистит	179/31%	77/28,1%	11/35,5%	3/37,5%	-	-
Пиелонефрит	-	-	4/12,9%	2/25,0%	55/48,2%	11/52,4%
Стриктура уретры	23/4,0%	-	2/6,5%	-	3/2,6%	-
Эректильная дисфункция	110/19,0%	-	8/25,8%	-	110/96,5%	-
Снижение функции почек	-	-	-	-	24/21,1%	6/28,6%
Стриктура мочеточниково-кишечного анастомоза	-	-	-	-	7/6,1%	1/4,8%

Таблица 2. Показатели КЖ пациентов после различных методов хирургического лечения РМП

Показатели		Группы		
		I	II	III
1	Общее здоровье на момент выписки	3,5±0,3* (I и II) (I и III)	4,3±0,2* (II и III)	4,8±0,1
2	Общее здоровье, по сравнению с годом ранее	3,4±0,4* (I и II) (I и III)	4,4±0,21	4,7±0,23
3	Наличие сильной физической боли за последнее время	3,75±0,3* (I и II) (I и III)	4,5±0,23	4,8±0,15
4	Влияние боли на трудоспособность	2,6±0,4* (I и III)	3,3±0,36	3,9±0,3
5	Частота мочеиспускания	3,8±0,12	3,9±0,1	3,1±0,2
6	Наличие затруднения при мочеиспускании	3,5±0,27* (I и II)	4,3±0,25	4,0±0,3
7	Наличие изменения цвета мочи	3,2±0,28	3,7±0,42	3,8±0,27
8	Наличие внезапных и неустойчивых позывов к мочеиспусканию	2,8±0,4* (I и II)	3,9±0,3	3,3±0,31
9	Влияние физического состояния на трудоспособность	28,6±1,5* (I и II) (I и III)	24,3±2,1* (II и III)	19,2±2,2
10	Социальная значимость – оценка взаимоотношений с друзьями, родственниками, коллегами	3,0±0,33* (I и III)	3,2±0,34	4,0±0,4
11	Влияние здоровья на выполнение физических нагрузок	3,2±0,32* (I и III)	3,4±0,3	4,1±0,34
12	Оценка своего настроения, счастья, спокойствия, умиротворения и т.д.	30,0±4,2	26,7±3,2	22,8±2,4

Примечание 1: I. Трансуретральная резекция мочевого пузыря. II. Резекция мочевого пузыря. III. Радикальная цистэктомия. Примечание 2: \* различия достоверны при  $p < 0,05$ .

Учитывая низкий уровень психоэмоционального состояния пациентов с РМП, после любого хирургического вмешательства необходимо проводить санитарную пропаганду

всеми доступными методами среди населения, чтобы больные при появлении примеси крови в моче или при появлении дизурических расстройств обращались к врачу урологу. ■

## Литература:

- Матвеев Б.П. Клиническая онкоурология. М. Медицина 2003.
- Лопаткин Н.А., Мартов А.Г., Крендель Б.М. и др. Современные подходы в лечении поверхностного рака мочевого пузыря. Актуальные вопросы лечения онкоурологических заболеваний: Материалы 4-й Всероссийской научной конференции с участием стран СНГ. Москва: Российский онкологический научный центр имени Н.Н.Блохина РАМН. Медицинский радиологический научный центр РАМН. 2001. 66-67.
- Романов В.А., Фигурин К.М., Нифатов С.Д., Аксенов А.А. Поверхностный рак мочевого пузыря. Актуальные вопросы лечения онкоурологических заболеваний: Материалы 4-й Всероссийской научной конференции с участием стран СНГ. Москва: Российский онкологический научный центр имени Н.Н.Блохина РАМН. Медицинский радиологический научный центр РАМН. 2001. 76-78.
- Матвеев Б.П., Фигурин К.М., Карязян О.Б. Рак мочевого пузыря. М. Вердана; 2001.
- Лопаткин Н.А., Даренков С.П., Чернышов А.Е. Радикальное лечение инвазивного рака мочевого пузыря. Урология 2003; 4: 3-8.
- Thurman S. A., DeWeese T. L. Multimodality therapy for the treatment of muscle-invasive bladder cancer. Semin Urol Oncol 2000; 18 (4): 313-322.
- Amling C. Diagnosis and management of superficial bladder cancer. Curr. Probl. Cancer 2001; 25(4): 219.
- Аполоскин О.И., Чернышов И.В. Применение принципов доказательной медицины при раке мочевого пузыря. Урология 2004; 4: 5-11.
- Даренков С.П., Самсонов Ю.В., Чернышов И.В., Ковалев В.А., Григорьев А.А. Качество жизни больных инвазивным раком мочевого пузыря после радикальной цистэктомии. Онкоурология, 2006, 3, 25-29.