

Якість життя пацієнтів після цистектомії як основний орієнтир вибору методу деривації сечі

Р. В. Савчук¹, Ф. І. Костєв¹, С. В. Головка²

¹Одеський національний медичний університет,

²Національний військово-медичний клінічний центр «Головний військовий клінічний госпіталь», м. Київ

Quality of life in patients after cystectomy as the main aim while making a choice for the urine derivation procedure

R. V. Savchuk¹, F. I. Kostyev¹, S. V. Golovko²

¹Odessa National Medical University,

²National Military–Medical Clinical Center «The Main Military Clinical Hospital», Kyiv

Реферат

Мета. Оцінити якість життя (ЯЖ) пацієнтів після радикальної цистектомії залежно від методу деривації сечі.

Матеріали і методи. Клінічний аналіз і оцінку ЯЖ проведено 76 пацієнтам, яким виконали радикальну цистектомію (основна група). Для відведення сечі після радикальної цистектомії виконали ортотопічну реконструкцію сечового міхура за Штудером у 26 (34,2%), ілеопластику за Бриккером – у 50 (65,8%) пацієнтів. З метою об'єктивізації і стандартизації оцінки ЯЖ хворих після реконструктивного оперативного втручання на нижніх сечових шляхах через 1 і 12 міс застосовано соціоклінічний метод дослідження на основі опитувальника «Medical Outcomes Study – Short Form» (SF–36). Сексуальну функцію оцінювали за допомогою опитувальника ІІЕФ–5 (міжнародного індексу еректильної функції).

Результати. Соціоклінічне дослідження ЯЖ продемонструвало кращі показники через 12 міс у пацієнтів, яким виконали ортотопічну реконструкцію сечового міхура за Штудером, на відміну від ілеопластики за Бриккером щодо соціального функціонування, психічного здоров'я й життєвої активності на 18,1, 12,5 і 25% відповідно. Всі показники ЯЖ у досліджуваних групах покращилися через 12 міс після оперативного втручання, що свідчить про прогресуючу соціальну реабілітацію незалежно від виду деривації сечі. На еректильну функцію метод деривації сечі не впливає, а основного значення набуває збереження нервових і судинних елементів малого таза.

Висновки. Отримані результати свідчать про те, що психологічно пацієнти з неоцистом і континентним відведенням сечі сприймають свій стан як більш фізіологічний. Це уможливило проведення максимальної соціоклінічної реабілітації й адаптації працездатного контингенту хворих.

Ключові слова: радикальна цистектомія; артифіціальний сечовий міхур; якість життя.

Abstract

Objective. To estimate a quality of life (QL) in the patients after radical cystectomy, depending upon the urine derivation method.

Materials and methods. Clinical analysis and estimation of QL was conducted in 76 patients, to whom radical cystectomy was performed (the main group). For the urine derivation after radical cystectomy the orthotopic reconstruction of the bladder in accordance to Schtruder's procedure was accomplished in 26 (34.2%) patients, while Brikker's ileoplasty – in 50 (65.8%) patients. With the aim for objectivization and standardization of the QL estimation procedure after reconstructive operative intervention on the lower urinary ways in 1 and 12 mo a social–clinical method of the investigation, basing on questionnaire «Medical Outcomes Study – Short Form» (SF–36), was applied. Sexual function was estimated, using questionnaire ІІЕФ–5 (International Index of Erectile Function).

Results. Socio–clinical investigations of QL have revealed the best indices in 12 mo in the patients, to whom orthotopic reconstruction of the bladder in accordance to Schtruder's procedure was done, what differs from the Brikker's ileoplasty procedure, concerning social functioning, psychological health and vital activity on 18.1, 12.5 and 25% accordingly. All the QL indices in the groups investigated have improved in 12 mo postoperatively, what witnesses about progressing social rehabilitation, not depending upon the kind of the urine derivation. The method of the urine derivation do not influences erectile function, and the main significance is gaining the preservation of nervous and vascular elements of a small pelvis.

Conclusion. The results obtained witnesses, that in a psychological way the patients, having a newcyst and with a continent derivation of the urine are accepting their state as a more physiological one. This makes possible the conduction of maximal socio–clinical rehabilitation and adaptation of the able–bodied contingent of patients.

Keywords: radical cystectomy; artificial bladder; quality of life.

Значна частота ускладнень, різні функціональні порушення і погіршення якості життя (ЯЖ) пацієнтів з інвазивним раком сечового міхура (PCM) – основні недоліки виконаної радикальної цистектомії (РЦЕ), для якої велике значення має метод деривації сечі [1].

Серед кожних п'яти нових спостережень PCM близько одного спостереження – це м'язово-інвазивний рак. У та-

кому разі пацієнт має обрати один із двох переважних варіантів лікування: РЦЕ або опромінення сечового міхура (СМ). Проте ці види лікування пов'язані з негативними наслідками для благополуччя і ЯЖ пацієнтів, особливо щодо функціональної незалежності, сечовипускання і сексуальної функції, соціального й емоційного здоров'я, вигляду свого тіла і психосоціального стану [2].

Основним методом лікування м'язово-інвазивного РСМ є РЦЕ в різних модифікаціях [3, 4]. РЦЕ й ортотопічна реконструкція – це найскладніше хірургічне втручання в урології. Різні ускладнення виникають у ранньому та пізньому післяопераційних періодах зі значною частотою, навіть коли операцію виконували досвідчені хірурги, що стримує впровадження зазначених хірургічних втручань у клінічну практику [5, 6].

Абсолютними протипоказаннями до виконання кишкової пластики є ураження планованого для ілеопластики сегмента кишечника запальними, неопластичними або інфекційними процесами, порушення розумового розвитку, печінкова і ниркова недостатність, ураження пухлиною сечовипускного каналу, порушення його прохідності і функції сфінктерного апарату. До відносних протипоказань можна зарахувати попередню променеву терапію на ділянку СМ і вік хворого.

Розуміння всього спектра переживань і побоювань пацієнтів, а також того, як вони можуть варіюватися залежно від контексту лікування, є важливою попередньою умовою для визначення способів, за допомогою яких системи охорони здоров'я можуть ефективно підтримувати пацієнтів протягом усього шляху їхнього лікування, і розроблення об'єктивних заходів, які дають змогу порівнювати результати лікування пацієнтів залежно від вибору методу відведення сечі [7].

Останнім часом в усьому світі велику увагу стали приділяти вивченню результатів простатозберігаючої РЦЕ з ілеоцистопластикою у сексуально активних, молодих пацієнтів з РСМ. У разі часткового збереження передміхурової залози (ПЗ) або її капсули залишаються неушкодженими судинно-нервові пучки, які забезпечують збереження ерекtilьної функції й задовільне тримання сечі. Необхідна селекція пацієнтів для цього оперативного втручання: це мають бути сексуально активні, молоді пацієнти з одиначною пухлиною у стадії не більше Т2В, без ознак ураження лімфатичних вузлів і віддалених метастазів. Таким пацієнтам необхідно виключити можливий рак ПЗ, вивчивши дані магнітно-резонансної томографії і виконавши мультифокальну біопсію ПЗ з 12 точок, рівень онкомаркера простат-специфічного антигену повинен бути не більше 3 нг/мл.

За даними L. S. Mertens і співавторів, які спостерігали 120 пацієнтів після простатозберігаючої РЦЕ з ілеоцистопластикою, п'ятирічна виживаність становила 66,5%, частота віддалених і місцевих рецидивів – 34,2 і 10% відповідно, рак ПЗ діагностували у 3% пацієнтів. Денну і нічну континентцію зафіксували у 96 і 82% пацієнтів відповідно, ерекtilьна функція була збережена у 90% пацієнтів [8].

Мета дослідження: оцінити ЯЖ пацієнтів після РЦЕ залежно від методу деривації сечі.

Матеріали і методи дослідження

Клінічний аналіз і оцінку ЯЖ проведено 76 пацієнтам, яким виконали РЦЕ (основна група). Для відведення сечі після РЦЕ застосували ортотопічну реконструкцію СМ за Штудером у 26 (34,2%), деривацію сечі за Бриккером – у

50 (65,8%) пацієнтів. Вік пацієнтів коливався в діапазоні від 38 до 79 років, у середньому становив $(69,5 \pm 8,5)$ року. Чоловіків було 60 (78,9%), жінок – 16 (22,1%). Оперативні втручання виконували за стандартною методикою з мобілізацією й екстирпацією СМ і ПЗ, лімфодисекцією, мобілізацією і виключенням із травного каналу ділянки клубової кишки, формуванням ілеокондүту і кількох анастомозів [9]. У жінок радикальну цистектомію поєднували з видаленням матки і частини піхви. Враховуючи, що в основній групі пацієнти мали вік старше 70 років, у окремих пацієнтів виявили розширення верхніх сечових шляхів за рахунок ураження устя сечовода, що спричинило порушення ниркової функції, значній частині пацієнтів виконали операцію Бриккера.

Контрольну групу утворили 52 хворих, порівнянних за віком з основною групою, з неінвазивними формами РСМ, оперованих в обсязі трансуретральної резекції, які отримували консервативне лікування.

Всі етапи дослідження вдалося оцінити у 21 (80,8%) пацієнта після ілеоцистоластики за Штудером і у 43 (86,0%) – після ілеопластики за Бриккером. Вибування із дослідження було зумовлене прогресуванням основного захворювання і смертю пацієнта. Деякі хворі відмовилися від проведення дослідження.

Комплекс обстеження складався із клінічних, біохімічних й інструментальних методів дослідження, які включали: ультразвукове дослідження верхніх сечових шляхів і органів черевної порожнини, мультиспіральну комп'ютерну томографію нирок і легенів, магнітно-резонансну томографію органів малого таза з введенням контрастної речовини.

З метою об'єктивізації й стандартизації оцінки ЯЖ у хворих після реконструктивного оперативного втручання на нижніх сечових шляхах через 1 і 12 міс застосовано соціоклінічний метод дослідження на основі опитувальника «Medical Outcomes Study – Short Form» (SF-36). Оцінено загальний стан здоров'я (General Health – GH) та показники психічного здоров'я (Mental Health – MH), рольового емоційного функціонування (Role Emotional – RE), рольового фізичного стану (Role-Physical Functioning – RP), життєвої активності (Vitality – VT) та соціального функціонування (Social Functioning – SF) [10].

Сексуальну функцію оцінювали за допомогою опитувальника МІЕФ-5 (міжнародного індексу ерекtilьної функції).

Статистичне опрацювання отриманих результатів здійснювали за допомогою методів параметричної і непараметричної статистики, використовуючи програмне забезпечення Statistica for Windows v 5.0.

Результати

Усіх пацієнтів до оперативного втручання класифікували за шкалою Американської асоціації анестезіологів (American Association of Anaesthetists – ASA). Переважали пацієнти, фізичний стан яких було оцінено як ASA II. У пацієнтів з хронічними обструктивними захворюваннями легенів (ХОЗЛ) фізичний стан було оцінено як ASA III.

Таблиця 1. Показники ЯЖ пацієнтів через 1 міс після РЦЕ, бали

Показник	Група хворих		
	основна (n=76)		контрольна (n=52)
	ілеоцистопластика за Штудером (n=26)	ілеоцистопластика за Бриккером (n=50)	
GH	52,4 ± 3,2	55,2 ± 3,8	70,1 ± 2,5
MH	68,1 ± 2,6*	53,3 ± 4,1	79,5 ± 3,5
RP	53,2 ± 4,1	44,4 ± 3,7	80,6 ± 4,1
RE	56,2 ± 5,3	46,6 ± 2,1	77,4 ± 2,9
VT	67,7 ± 3,2*	43,5 ± 1,9	83,1 ± 2,1
SF	54,2 ± 3,1*	45,3 ± 2,4	87,5 ± 4,1
<i>Примітка.</i>	* – відмінність між показниками достовірна (p ≤ 0,05). Те саме в табл. 2.		

Досить високою була частота супутньої патології: ішемічна хвороба серця – 61%, ожиріння – 35%, цукровий діабет – 12%, артеріальна гіпертензія – 78%, ХОЗЛ – 26%.

Під час вивчення ЯЖ за допомогою анкети SF-36 через 1 міс після РЦЕ в обох досліджуваних групах фіксували статистично достовірні низькі показники всіх профілів відносно пацієнтів контрольної групи (табл. 1).

Дана тенденція може бути зумовлена кардинальними змінами сечовиділення, деривації сечі й післяопераційними ускладненнями, які значно впливають на ЯЖ. У пацієнтів з необладером показник психічного здоров'я був статистично вірогідно кращим на 21,7% порівняно з аналогічним показником у пацієнтів з ілеокондуїтом (p ≤ 0,05). Схожу динаміку спостерігали щодо показників життєвої активності і соціального функціонування. Так, показник життєвої активності був вище на 35,7% у групі пацієнтів з неоцистом порівняно з пацієнтами після операції Бриккера (p ≤ 0,05). Показник соціального функціонування також був вище на 16,4% після формування артіфіційного СМ порівняно з ілеокондуїтом за Бриккером (p ≤ 0,05).

Такі результати можна пояснити коротким періодом після виконання РЦЕ, деякою дезадаптацією пацієнтів в обох досліджуваних групах і низькими показниками ЯЖ, що прямо залежать від виду та кількості післяопераційних ускладнень й методу деривації сечі.

Таблиця 2. Показники ЯЖ пацієнтів через 12 міс після РЦЕ, бали

Показник	Група хворих		
	основна (n=64)		контрольна (n=41)
	ілеоцистопластика за Штудером (n=21)	ілеоцистопластика за Бриккером (n=43)	
GH	62,4 ± 4,2	61,2 ± 3,8	70,1 ± 2,5
MH	76,1 ± 4,6*	68,3 ± 4,1	79,5 ± 3,5
RP	64,1 ± 3,1	63,4 ± 2,7	80,6 ± 4,1
RE	63,2 ± 2,8	65,6 ± 1,1	77,4 ± 2,9
VT	68,7 ± 3,3*	51,5 ± 4,7	83,1 ± 2,1
SF	79,7 ± 4,1*	65,3 ± 2,6	87,5 ± 4,1

Провівши дослідження через один рік (табл. 2), ми не виявили кардинальних достовірних відмінностей між показниками загального стану здоров'я у пацієнтів після ілеоцистопластики за Штудером і після ілеоцистопластики за Бриккером, але вони мали достовірні відмінності порівняно з аналогічними показниками в контрольній групі (p ≤ 0,05).

Показник психічного здоров'я, що характеризує наявність депресій і загальних позитивних емоцій, був статистично вірогідно вищим на 12,5% у пацієнтів з необладером (p ≤ 0,05) порівняно з пацієнтами з ілеокондуїтом. Показник життєвої активності також був вище на 25% у пацієнтів з артіфіційним сечовим міхуром (p ≤ 0,05) порівняно з пацієнтами, яким виконали операцію Бриккера. Показники рольового емоційного функціонування і рольового фізичного стану у пацієнтів обох цих груп вірогідно не відрізнялися. А показник соціального функціонування, за яким судять про соціальну активність, був вірогідно вищим на 18,1% у пацієнтів після ілеоцистопластики за Штудером та характеризував цих пацієнтів як трохи більш адаптованих у соціумі порівняно з аналогічним показником у пацієнтів, яким виконали операцію Бриккера (p ≤ 0,05).

Отже, дані показники дають підстави вважати континентне відведення сечі більш ефективним для психоемоційної складової ЯЖ пацієнтів.

Вивчення ЯЖ даних пацієнтів дотепер викликає безліч суперечок. Більшість авторів вважає, що розбіжностей у показниках ЯЖ практично немає, окремі надають пере-

Таблиця 3. Оцінка еректильної функції за МІЕФ-5 через 12 міс після РЦЕ

Показник, бали		Етапи дослідження		
		до РЦЕ (n=60)	через 12 міс після РЦЕ, n=45	
			ілеоцистопластика за Штудером (n=17)	ілеоцистопластика за Бриккером (n=28)
Норма, більше 26	абс.	14 (27,3 ± 1,2)	-	-
	%	23,3	-	-
Легкий ступінь, 18–25	абс.	21 (20,3 ± 1,5)	3 (19,4 ± 1,1)	4 (19,7 ± 1,2)
	%	35	17,6	14,3
Середньої тяжкості, 11–17	абс.	16 (13,1 ± 1,1)	3 (12,7 ± 0,9)	10 (12,2 ± 1,3)
	%	26,7	17,6	35,7
Тяжкий ступінь, менше 10	абс.	9 (9,1 ± 0,7)	11 (8,5 ± 1,8)	14 (8,3 ± 0,9)
	%	15	64,8	50

вагу застосуванню необладера за Штудером щодо соціальної і фізичної активності та вигляду власного тіла над застосуванням ілеокондуїту за Бриккером.

Результати нашого дослідження продемонстрували більш високі показники ЯЖ у пацієнтів з артіфіційним сечовим міхуром порівняно з пацієнтами, яким сформували ілеокондуїт за Бриккером, особливо ця різниця помітна через 1 рік після операції. Дана ситуація, можливо, обумовлена тим, що пацієнти психологічно важче сприймають уростому й складніше адаптуються до соціального життя.

До дослідження ми не залучали пацієнтів, яким була виконана нервозберігаюча або простатозберігаюча РЦЕ з тим, щоб не порушувати однорідності досліджуваних груп та з огляду на малу кількість хворих, оперованих з використанням даної модифікації. Всім пацієнтам виконана стандартна радикальна цистпростатектомія з лімфодисекцією.

Ерекtilьну функцію у чоловіків вивчали, використовуючи МІЕФ–5. Із 60 пацієнтів, яким була виконана РЦЕ, до операції сексуально активним був 41 (68,3%).

Через 12 міс у жодного пацієнта не було зафіксовано нормального показника за МІЕФ–5 (табл. 3). Легкий ступінь ерекtilьної дисфункції спостерігали у однакового числа пацієнтів після операції Штудера і після операції Бриккера без статистично достовірних відмінностей. Більшість пацієнтів вказували на середній і тяжкий ступінь ерекtilьної дисфункції незалежно від обраного методу деривації сечі.

Обговорення

Стандартна РЦЕ призводить до пригнічення сексуальної функції, яка залежить не від методу деривації сечі, а від виду хірургічного посібника і збереження судинно–нервових пучків. Слід також зазначити, що пацієнти під час обговорення ходу й ускладнень оперативного втручання усвідомлювали можливі сексуальні порушення, але їх більше хвилювали онкологічні результати. Сексуальна реабілітація пацієнтів після РЦЕ необхідна в післяопераційному періоді, спочатку – фармакологічна, а за необхідності – й хірургічна. Для селективно відібраних молодих сексуально активних пацієнтів рекомендована нервозберігаюча РЦЕ.

Соціоклінічне дослідження ЯЖ продемонструвало кращі показники через 12 міс у пацієнтів з неопцистом за Штудером на відміну від пацієнтів, яким виконали ілеопластику за Бриккером, щодо соціального функціонування, психічного здоров'я й життєвої активності – на 18,1, 12,5 і 25% відповідно. Варто зазначити, що всі показники ЯЖ у досліджуваних групах покращилися через 12 міс після оперативного втручання, що свідчить про прогресуючу соціальну реабілітацію незалежно від виду деривації сечі. Культурні особливості, недостатня кількість соціальних програм і витратних матеріалів для пацієнтів з уростомою зумовлюють більш складну соціальну адаптацію пацієнтів після ілеопластики за Бриккером, що потребує подальших досліджень.

Висновки

1. Спостереження за пацієнтами, яким виконана РЦЕ з деривацією сечі, має відбуватися довічно не тільки через он-

кологічну настороженість, а й з точки зору поліпшення ЯЖ.

2. Ерекtilьна функція не залежить від методу деривації сечі, основного значення набуває збереження нервових і судинних елементів малого таза.

3. Отримані результати свідчать, що пацієнти з неопцистом і континентним відведенням сечі психологічно сприймають свій стан як більш фізіологічний. Це уможливило максимальну соціоклінічну реабілітацію й адаптацію працездатного контингенту хворих.

Підтвердження

Фінансування. Наукове дослідження фінансується приватною особою.

Інформація про внесок кожного учасника. Савчук Р. В. – ідея, опрацювання отриманих результатів, написання тексту, Костев Ф. І. – дизайн дослідження, Головка С. В. – концепція дослідження.

Конфлікт інтересів. Щодо даного дослідження та статті немає потенційних конфліктів інтересів.

Згода на публікацію. Всі автори прочитали і схвалили остаточний варіант рукопису. Всі автори дали згоду на публікацію цього рукопису.

References

1. Smith AB, Chisolm S, Deal A, Spangler A, Quale DZ, Bangs R, et al. Patient-centered prioritization of bladder cancer research. *Cancer*. 2018;124(15): 3069–272. doi: 10.1002/cncr.31530.
2. Tyson MD, Barocas DA. Quality of Life After Radical Cystectomy. *Urol Clin North Am*. 2018;45(2):249–56. doi: 10.1016/j.ucl.2017.12.008.
3. Matthew J. Young, Muhammad Elmussareh, Philip Weston, and Mohantha Dooldeniya. Radical cystectomy in the elderly – Is this a safe treatment option? *Arab J Urol*. 2017;15(4):360–5. doi: 10.1016/j.aju.2017.09.002.
4. Asgari MA, Safarinejad MR, Shakhssalim N, Soleimani M, Shahabi A, Amini E. Quality of life after radical cystectomy for bladder cancer in men with an ileal conduit or continent urinary diversion: A comparative study. *Urol Ann*. 2013;5(3):190–6. doi: 10.4103/0974–7796.115747.
5. Hautmann RE, de Petriconi RC, Volkmer BG Lessons learned from 1,000 neobladders: the 90–day complication rate. *J Urol*. 2010;184(3):990–4. doi: 10.1016/j.juro.2010.05.037.
6. Studer UE, Burkhard FC, Schumacher M, Kessler TM, Thoeny H, Fleischmann A, et al. Twenty years experience with an ileal orthotopic low pressure bladder substitute—lessons to be learned. *J Urol*. 2006;176(1):161–6. doi: 10.1016/S0022–5347(06)00573–8.
7. Carmit K. McMullen, Marilyn L. Kwan, Janice C. Colwell, Julie R. Munneke, James V. Davis, Alison Firemark, et al. Recovering from Cystectomy: Patient Perspectives. *Bladder Cancer*. 2019;5(1):51–61. doi: 10.3233/BLC–180202.
8. Mertens LS, Meijer RP, de Vries RR, Nieuwenhuijzen JA, van der Poel HG, Bex A, et al. Prostate sparing cystectomy for bladder cancer: 20–year single center experience. *J Urol*. 2014;191(5):1250–5. doi: 10.1016/j.juro.2013.11.031.
9. Hautmann RE, Stein JP. Neobladder with Prostatic Capsule and Seminal-sparing Cystectomy for Bladder Cancer: A Step in the Wrong Direction. *Urol Clin North Am*. 2005;32(2):177–85. doi: 10.1016/j.ucl.2005.02.001
10. Yang LS, Shan BL, Shan LL, Chin P, Murray S, Ahmadi N, et al. A systematic review and meta-analysis of quality of life outcomes after radical cystectomy for bladder cancer. *Surg Oncol*. 2016;25(3):281–97. doi: 10.1016/j.suronc.2016.05.027.

Надійшла 01.04.19