

Качество жизни пациентов с искусственным мочевым пузырем

В.А. Пирогов, А.И. Яцына

ГУ «Институт урологии НАМН Украины», г. Киев
Национальный институт рака МЗ Украины, г. Киев

Изучено качество жизни 47 пациентов в возрасте от 42 до 74 лет (средний возраст 58 лет), которым была выполнена радикальная цистэктомия при мышечно-инвазивном раке мочевого пузыря с формированием искусственного илеального неoblадера по методике клиники. Для оценки качества жизни использован опросник SF-36. Определены максимальные изменения качества жизни до 3-го месяца после операции с восстановлением показателей физического и ментального состояния в период от 6 до 24 мес после операции.

Ключевые слова: мышечно-инвазивный рак мочевого пузыря, илеальный неoblадер, качество жизни.

Оценка качества жизни (КЖ) больного после цистэктомии с формированием илеального искусственного мочевого пузыря становится все более актуальной в связи с тем, что данное хирургическое пособие сегодня является наиболее оптимальным методом лечения мышечно-инвазивного рака мочевого пузыря [1–5, 7, 8, 11–15, 18, 19, 21–28]. Под КЖ понимают физическое, психологическое, эмоциональное, социальное и духовное благополучие человека [2, 7, 9, 12, 14–17, 20, 26, 29]. Методы замещения мочевого пузыря являются весьма важными для повышения КЖ пациентов в послеоперационный период. Поиски оптимальных вариантов реконструктивных операций после цистэктомии предпринимались еще в начале прошлого века, но и сегодня выбор наиболее оптимального метода отведения мочи остается одной из актуальных проблем урологии [2, 10, 11, 14, 18, 22, 24]. При выборе гетеротопической или ортотопической интестинопластики определяющим фактором служит внутриорганный распространённость онкологического процесса. На сегодняшний день не существует идеального способа отведения мочи, однако создание илеального ортотопического пузыря позволяет больным лучше адаптироваться к новым условиям жизни после удаления мочевого пузыря, а многим пациентам – вернуться к обычной общественной и трудовой деятельности [2, 11, 14, 17, 23, 24].

Интерес к изучению КЖ больных после радикальной цистэктомии с формированием искусственного илеального мочевого пузыря особенно актуален в связи с тем, что именно от формирования резервуара низкого давления в конечном счете зависит судьба оперированного больного [1–5, 13, 15, 18–23, 27, 28].

Несмотря на то что использование подвздошной кишки для замещения мочевого пузыря получило всеобщее признание [10, 11, 14, 15, 19, 20, 22–25, 28, 39], остается ряд нерешенных проблем в отношении механизмов адаптации самбй кишечной стенки, используемой для проведения как реконструктивной операции, так и организма в целом [11, 15, 19, 20, 22, 25]. В настоящее время широкое распространение в онкоурологии для общей оценки физического и психического КЖ получил опросник SF-36, который является многоцелевой, краткой формой медицинского исследования, включающей только 36 вопросов. Эта форма содержит 8 профи-

лей функциональной оценки здоровья и благополучия, а также психометрический анализ на основе оценки физического и психического здоровья. Это общая форма стандартной анкеты для опроса онкологических больных с целью сравнения относительного бремени болезни и проведения оценки эффективности широкого спектра различных методов лечения, включая хирургические [2, 3, 16, 18–20, 22, 26, 29].

Цель исследования: провести сравнительную оценку КЖ у больных мужского пола, которые перенесли радикальную цистэктомию с илеоцеостомастикой в модификации клиники «Double U» с учетом адаптационных возможностей созданного мочевого пузыря в зависимости от сроков послеоперационного периода, используя общепринятую форму SF-36 («Medical Outcomes Study – Short Form») в отдаленные сроки после операции до 24 мес.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ 47 медицинских карт мужчин, больных инвазивным раком мочевого пузыря (РМП), которым в период 2007–2012 годов в отделении реконструктивно-восстановительной онкоурологии Национального института рака НАМН Украины выполнена радикальная цистэктомия с формированием искусственного мочевого пузыря из 40–50 см подвздошной кишки по оригинальной методике [10]. Возраст больных составил от 42 до 74 лет, в среднем 58±8 лет.

После клинического и инструментального обследования установлена стадия РМП – T2NoMo – у 28 (59%), T3aNoMo – у 8 (17%), T3bN1Mo – у 6 (13%), T4N1-3Mo – у 5 (11%) больных. У всех пациентов был определен мышечно-инвазивный РМП: у 35 (74%) диагностирован переходноклеточный рак, у 9 (19%) – плоскоклеточный РМП, а у 3 (7%) – аденокарцинома.

Течение основного заболевания было осложнено у 42 (89%) больных. Одно- и двусторонний гидронефроз наблюдались у 18 (38%), макрогематурия – у 23 (48%), цистит, хронический пиелонефрит – у 32 (68%), хроническая почечная недостаточность – у 17 (36%), нефростомические и цистостомические дренажи имелись у 5 (11%) больных.

Сопутствующие интеркуррентные заболевания выявлены у 47 (100%) пациентов. Как правило, диагностировали ИБС, артериальную гипертензию, атеросклеротический кардиосклероз, атеросклероз сосудов головного мозга, язвенную болезнь желудка, хронический бронхит, эмфизему легких.

Результаты цистэктомии представлены в табл. 1.

Ранние послеоперационные осложнения возникли у 15% больных в виде стриктуры уретероилеоанастомоза, уретероилеоанастомоза, пиелонефрита, кровотечения, метаболического синдрома, стриктуры уретрального анастомоза. Данные осложнения были устранены хирургическим путем: наложением реуретероанастомоза, выполнения оптической уретротомии. Послеоперационная летальность составила 2,3%. Пятилетнее выживание – 60%.

Для оценки качества жизни пациентов использовали об-

Таблица 1

Осложнения ближайшего послеоперационного периода и пятилетняя выживаемость больных после цистэктомии с формированием ортотопического илеального искусственного мочевого пузыря по методике клиники

Ранние осложнения	Повторно оперированы	Послеоперационная летальность	Пятилетняя выживаемость
15%	12,5%	2,3%	60%

Таблица 2

Динамика симптомов удержания мочи больными с илеальным мочевым пузырем «Double-U»

Функция удерживания мочи	Через 3 мес после операции, n=47		Через 6 мес после операции, n=41		Через 12 мес после операции, n=37		Через 24 мес после операции, n=25	
	Количество	%	Количество	%	Количество	%	Количество	%
Не удерживают мочу днем	4	8,5	3	7,3	2	5,4	1	4,2
Не удерживают мочу ночью	17	36,2	12	29,3	7	18,9	3	12,5
Тотальное недержание мочи	4	8,5	3	7,3	2	5,4	1	4,0

ший опросник SF-36 (Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey), разработанный в Центре Изучения Медицинских Результатов США, который в настоящее время широко распространен и расценивается как «золотой стандарт» оценки качества жизни, связанной со здоровьем. Он представлен как многоцелевая короткая форма медицинского обследования, включающая 36 вопросов. Результаты оценки разных составляющих здоровья подаются в баллах по каждой из приведенных ниже шкал:

RP – физически-ролевое функционирование (Role-Physical).

BP – интенсивность боли (Bodily pain).

GH – общее состояние здоровья (General Health).

VT – жизненная активность (Vitality).

SF – социальное функционирование (Social Functioning).

RE – эмоционально-ролевое функционирование (Role-Emotional).

MH – психическое здоровье (Mental Health).

Сумма баллов по каждой шкале колеблется от 0 до 100 баллов, где 100 – соответствует полному здоровью пациента. Шкалы объединены в два суммарных показателя, отображающих физическое и эмоциональное здоровье исследуемых. КЖ оценивали до операции и по прошествии 3, 6, 12 и 24 мес с момента операции. Этот период считается достаточным для адаптации пациентов после перенесенной радикальной цистэктомии. Средний период наблюдения за пациентами составил 36±6 мес. Для заполнения опросников применяли следующие методы получения информации. Самостоятельное заполнение опросника больными, устное интервью с врачом, письменное анкетирование. Все 47 пациентов согласились заполнить предлагаемые опросники.

Данные опросники были обработаны в соответствии с прилагающимися к ним инструкциями. Полученные статистические данные обработаны путем использования критерия Стьюдента. Различия достоверны при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Отдаленный послеоперационный период характеризуется стабилизацией общего состояния больного, восстановлением функционального состояния мочевых путей и адаптацией больных к новым условиям жизни. Оценка КЖ наряду с анализом показателей выживаемости позволяет определить эффективность того или иного метода лечения.

КЖ пациентов исследуемой группы оценивали при помощи опросника SF-36 до операции и каждые 3 мес после

нее на протяжении 2 лет. Этот период мы считаем достаточным для адаптации пациентов, в то время как большинство исследователей изучали течение послеоперационного периода до 12 мес [1–5, 8, 21–27].

У всех исследованных пациентов оперативное лечение прошло успешно. Дренажи были удалены на 9–12-е сутки. Швы сняты на 10-е сутки. Больных выписывали домой на 21–25-е сутки после операции. Ранний послеоперационный период у всех пациентов характеризовался недержанием мочи как в дневное время, так и ночью во сне. Дневное удержание мочи у большинства пациентов (39 (90,7%)) восстановилось в течение 2 нед после удаления уретрального катетера. Больным рекомендовали частое мочеиспускание (каждый час) в дневное время и каждые 2 ч ночью с целью предупреждения переполнения неoblадера.

Функция удержания мочи (континенция) – очень важный параметр, определяющий социально-психологическую адаптацию пациентов в послеоперационный период. Способность пациента удерживать мочу определяет также и КЖ. Мы исследовали состояние континенции у наших пациентов в сроки 3, 6, 12 и 24 мес после операции и влияние способности к удержанию мочи на КЖ. Результаты представлены в табл. 2.

Необходимо отметить, что у больных после операции наблюдалось постепенное улучшение показателя дневной и ночной континенции и КЖ. Наилучшие показатели отмечены через 24 мес после операции ортотопического замещения мочевого пузыря.

У 43 пациентов (91,5%) через 3 мес после операции отмечено дневное недержание мочи. У 30 пациентов (67,8%) наблюдалось только ночное недержание. Лишь у одного пациента (2,1%) присутствовало полное недержание мочи. Через 6 мес днем удерживали мочу 38 (92,7%) больных, а в ночное время – 29 (70,7%).

Через 12 мес дневное удержание мочи было у 35 (94,6%), ночное – у 30 (81,1%). Через 24 мес днем удерживали мочу 24 (95,8%) пациента, в ночное время – 22 (87,5%).

Результаты исследования КЖ больных представлены на рисунке и в табл. 3.

Исследование КЖ до радикальной цистэктомии (РЦ) позволило выявить плохое общее физическое состояние ($54,8 \pm 1,3$ балла), низкое общее состояние здоровья ($46,0 \pm 1,0$ балла) с истощением жизненных сил ($54,0 \pm 0,8$ балла), что было вызвано болевым синдромом различной интенсивности ($46,8 \pm 1,3$ балла), и в конечном счете привело к ограничению в повседневной деятельности и снижению ее продуктивности ($68,8 \pm 3,3$ балла). Сильные переживания о будущей

Показатели КЖ больных по опроснику SF-36

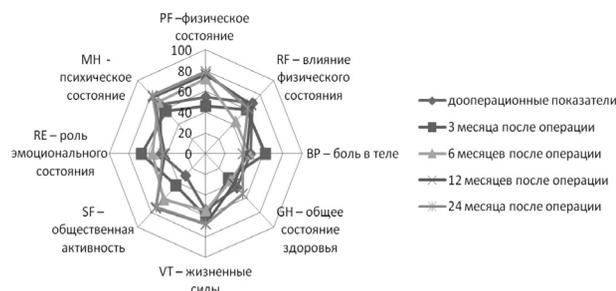
Показатели КЖ	Средний балл до операции, n=47	Средний балл через 3 мес после операции, n=47	Средний балл через 6 мес после операции, n=41	Средний балл через 12 мес после операции, n=37	Средний балл через 24 мес после операции, n=25
PF – физическое состояние	54,8±1,3*	46,0±2,4*	72,0±0,6*	76,0±1,4*	78,6±1,2*
RF – влияние физического состояния	68,8±3,3*	60,0±3,5	43,7±1,0*	66,5±1,0*	62,0±2,1*
BP – боль в теле	46,8±1,3*	62,0±0,7*	45,3±0,6	42,3±0,4*	38,5±0,5*
GH – общее состояние здоровья	46,0±1,0*	33,5±1,2*	36,3±1,4*	41,4±0,7*	54,5±1,7*
Физическое здоровье	54,1±0,7*	50,4±1,0*	49,3±1,3*	56,5±1,4*	58,4±1,7*
VT – жизненные силы	54,0±0,8*	60,0±1,4*	55,0±1,9	67,5±1,0**	68,0±1,2*
SF – общественная активность	30,0±1,2*	93,7±0,8*	62,5±1,4*	73,8±1,1*	72,5±1,3*
RE – роль эмоционального состояния	46,6±3,3*	66,7±2,7*	55,4±2,5*	42,5±2,6*	44,7±2,2
MH – психическое состояние	66,4±1,3*	58,0±1,0*	70,0±0,7*	77,5±0,4*	78,6±1,2*
Ментальное здоровье	49,3±1,2*	69,6±1,3*	60,7±0,9*	65,3±4,6*	66,0±1,5*

Примечание: * – $p < 0,05$ при сравнении показателей 2, 3, 4-й колонок с 1-й.

операции приводили к нарушению психического самочувствия ($66,4 \pm 1,3$ балла) – что вполне понятно. Показатели общественной активности и влияния эмоционального состояния были низкими ($30,0 \pm 1,2$ и $46,6 \pm 3,3$ балла), что связано с ослаблением социальных контактов в результате ухудшения физического здоровья и психического благополучия (табл. 3, рисунок).

При оценке КЖ через 3 мес после операции отмечено достоверное повышение показателя боли в теле до $62,0 \pm 0,7$ балла, повышение социальной активности до $93,7 \pm 0,8$ балла и влияния эмоционального состояния до $66,7 \pm 2,7$ балла вследствие эмоционального подъема, надежды на выздоровление, большой поддержки друзей и родственников. При этом показатель оценки физического состояния достоверно снизился до $46,0 \pm 2,4$ балла, психического состояния – до $58,0 \pm 1,0$, общего состояния здоровья – до $33,5 \pm 1,2$ балла. В целом, состояние физического здоровья через 3 мес после операции снизилось на 3,7 балла. В противоположность этому параметры состояния психического здоровья повысились на 20,3 балла (рисунок, табл. 2).

Через 6 мес после операции дневное удержание мочи в покое отметили все опрошенные пациенты, ночное подтекание мочи сохранилось у 7 (18,9%) больных. К привычному труду приступили 27 пациентов (69%). При оценке КЖ достоверно повысились показатели физического состояния до $72,0 \pm 0,6$ балла вследствие увеличения физической активности, также повысился показатель психического состояния до $70,0 \pm 0,7$ балла вследствие снижения нервного напряжения. Уменьшились показатели боли в теле до $45,7 \pm 1,0$, влияния физического состояния до $43,7 \pm 1,0$, что привело к изменению показателя роли эмоционального состояния до $55,4 \pm 2,5$ балла. По сравнению с третьим месяцем после операции снизился показатель общественной активности до $62,5 \pm 1,4$ балла, что можно пояснить уменьшением опеки родственников. Снизился показатель боли в теле до $45,3 \pm 0,6$ балла, связанный со снижением роли эмоционального статуса при повышении оценки психического состояния, на что было обращено внимание ранее (табл. 3).



Оценка КЖ согласно SF-36 на протяжении всего периода наблюдения за больными

Через 12 мес показатели КЖ достоверно возросли, превысив данные до операции (см. рисунок). Так показатель физического состояния вырос до $76,0 \pm 1,4$ балла, так же как и показателя жизненных сил, составившего $67,5 \pm 1,0$ балла, показателя социальной активности – $73,8 \pm 1,1$ балла, психического здоровья – $77,5 \pm 0,4$ балла. Снизилось влияние физического состояния до $66,5 \pm 1,0$ балла, болевых ощущений до $42,3 \pm 0,4$ балла, влияния эмоционального состояния до $42,5 \pm 2,6$ балла. Все пациенты удерживали в покое мочу днем, а при кашле и натуживании пятеро отмечали ее подтекание. Недержание мочи в ночное время проявлялось у 3 больных.

Через 24 мес показатели КЖ достоверно повысились, превысив дооперационные (табл. 3). Показатель физического состояния возрос ($78,6 \pm 1,2$ балла), значение показателя жизненных сил – до $68,0 \pm 1,2$ балла. Однако показатель социальной активности несколько снизился – $72,5 \pm 1,3$ балла в сравнении с этим показателем в 12 мес, который равнялся $73,8 \pm 1,1$ балла, однако достоверно превысил показатель 3 мес ($62,5 \pm 1,4$). Психическое состояние здоровья было оценено в $78,6 \pm 1,2$ балла, что явилось лучшим показателем в сравнении с 12 мес

(77,5±0,4 балла). Снизились влияние физического состояния – 62,0±2,1 балла, болевых ощущений до 38,5±0,5 балла. Значение влияния эмоционального состояния поднялось до 44,7±2,2 балла в сравнении с предыдущим 42,5±2,6 балла. Все пациенты в покое удерживали мочу днем (кроме одного). При кашле и натуживании лишь трое больных изредка отмечали подтекание мочи ночью, что требовало использования впитывающих прокладок или 1–2 визитов в туалет в ночные часы.

При сравнении динамики показателей КЖ и уродинамических данных прослеживается взаимосвязь таких показателей, как физическое состояние и влияние физического состояния, общего состояния здоровья и жизненных сил, социальной активности с показателями резервуарной функции искусственного мочевого пузыря, скорости потока мочи и продолжительности мочеиспускания, коррелирующих с удержанием мочи больными в дневное и ночное время.

Сравнительный анализ КЖ на протяжении 24 мес после радикальной цистэктомии с формированием илеального искусственного мочевого пузыря по оригинальной методике «Double-U» дал возможность определить следующие закономерности.

На протяжении первых 3 мес после операции состояние физического здоровья снизилось на 6,9%. В следующие термины наблюдения данный показатель имел тенденцию к постоянному возрастанию, превысив дооперационный уже в 6 мес, в то время, как, по результатам многих исследователей [1, 2, 4, 11–17, 21, 28], данный интегральный показатель стабилизировался после 12 мес при других методах деривации мочи после РЦ.

Якість життя пацієнтів з артіфіціальним сечовим міхуром В.О. Пирогов, О.І. Яцина

Вивчена якість життя 47 пацієнтів віком від 42 до 74 років (середній вік 58 років), яким було виконано радикальну цистектомію при м'язово-інвазивному раку сечового міхура із формуванням артіфіціального ілеального неoblадера за методикою клініки. Для оцінювання якості життя використано опитувальник SF-36. Визначені максимальні зміни якості життя до 3-го місяця після операції з відновленням показників фізичного та ментального стану в період від 6 до 24 міс після операції.

Ключові слова: м'язово-інвазивний рак сечового міхура, цистектомія, ілеальний неoblадер, якість життя.

Показатель ментального здоровья уже к 3 мес после операции превысил исходный, удерживаясь весь период наблюдения на высоком уровне в 6, 12 и 24 мес, превышая данный показатель при других способах деривации мочи после РЦ [2, 15–17, 28], что свидетельствует о высокой эффективности создания илеального искусственного мочевого пузыря по разработанной методике «Double-U»

ВЫВОДЫ

1. Показатель физического здоровья качества жизни (КЖ) стабилизируется к 6 мес после операции, имея тенденцию к увеличению до 24 мес.

2. Показатель ментального здоровья КЖ стабилизируется к 3 мес после операции, имея тенденцию к увеличению до 24 мес.

3. Динамика показателей КЖ свидетельствует об адекватности деривации мочи после радикальной цистэктомии с формированием илеального искусственного мочевого пузыря по оригинальной методике клиники «Double-U».

4. Оценка параметров КЖ при создании илеального мочевого пузыря позволяет индивидуализировать послеоперационную реабилитацию больных с учетом их физического и психологического состояния.

5. Определение КЖ является важным инструментом оценки эффективности лечения и имеет прогностическое значение. Чем выше предоперационный уровень функционирования, тем выше КЖ после операции.

Quality of life of patients with orthotopic bladder VA Pirogov, AI Yatsyna

The study of 47 patients quality of life men aged from 42 to 74 years (mean age 58 years). Who underwent radical cystectomy for muscle-invasive bladder cancer with orthotopic ileal neobladder creation by the method of the clinic. To assess the quality of life by using the SF-36. Revealed the maximum change in the quality of life for 3 months after surgery with recovery rates to 24 months.

Key words: muscle-invasive bladder cancer, cystectomy, orthotopic ileal neobladder, quality of life.

Сведения об авторах

Пирогов Виктор Алексеевич – ГУ «Институт урологии НАМН Украины», 04053, г. Киев, ул. Юрия Коцюбинского, 9а
Яцина Александр Иванович – Национальный институт рака МЗ Украины, 03022, г. Киев, ул. Ломоносова, 33/43. E-mail: yatsyna@gmail.com

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Атдурев В.А., Строганов А.Б., Лубарская Ю.О. и др. Результаты создания искусственного мочевого пузыря после радикальной цистэктомии у больных раком мочевого пузыря. – Саратовский научно-медицинский журнал. – 2009. – Т. 5, № 4. – С. 615–619.
- Галкина Н.Г. Качество жизни после цистэктомии с различными способами отведения мочи. // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. – 2007. – № 4. – С. 77–84.
- Глыбочко П.В., Понукалин А.Н., Галкина Н.Г. Значение оценки качества жизни больных раком мочевого пузыря после цистэктомии // Актуальные вопросы урологии и нефрологии: Сб. науч. работ. – Энгельс. – 2007. – С. 56–62.
- Глыбочко П.В., Наумова Н.Г. Качество жизни и этапность в лечении больных инвазивным раком мочевого пузыря // Акт. вопросы урологии. Заболеваний простаты. Новые технологии в урологии. – Материалы российской научно-практической конференции. – Уфа. – 2005. – С. 19–20.
- Даренков С.П., Самсонов Ю.В., Чернышев И.В. и др. Качество жизни больных инвазивным раком мочевого пузыря после радикальной цистэктомии // Онкоурология. – 2006. – № 3. – С. 25–29.
- Ионова Т.Н., Новик А.А., Сухонос Ю.А. Понятие качества жизни больных онкологического профиля // Онкология, 2000. – Т. 2, № 1–2. – С. 25–27.
- Леявин К.Б., Дворниченко В.В. Качество жизни больных после радикального лечения рака мочевого пузыря // Сибирский медицинский журнал. – Иркутск. – 2009. – Т. 88, № 5. – С. 85–89.
- Мрачковский В.В., Кондратенко А.В., Яковлев П.Г., Сакало В.С. и др. Собственный опыт ортотопической интестинальной пластики у 91 больного раком мочевого пузыря // Урология. – 2009. – № 1. – С. 51–54.
- Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. – СПб.: Издательский дом «Нева», М.: Олмапресс Звездный мир. – 2002. – 320 с.
- Патент № 24870 А. Україна, МПК6 А 61 В 17/00 Спосіб ілеостоміонеопластики «Double U». // Е.О. Стаховський, В.В. Мрачковський, П.С. Вукалович, О.А. Войленко. – № 97126348; Заявл. 26.12.97; Опуб.06.10.98, Бюл. № 6 (2). – С. 31.
- Стаховський Е.О., Сайдакова Н.О., Карпенко В.С., Вукалович П.С., Войленко О.А., Котов В.А. Особливості медико-соціальної реабілітації хворих на рак сечового міхура

- ра // Урология. – 2002. – № 1. – С. 54–59.
12. Чернышев И.В., Самсонов Ю.В. Оценка качества жизни больных инвазивным раком мочевого пузыря после радикальной цистэктомии // Экспериментальная и клиническая урология. – 2010. – № 1. – С. 32–35.
13. Allareddy V, Kennedy J, West MM, et al. Quality of life in long-term survivors of bladder cancer. *Cancer*. 2006; 106: 2355–2362.
14. Arata R, Saika T, Tsushima T, Abarzua F, Nasu Y, Kumon H. Orthotopic ileal neobladder versus sigmoidal neobladder: a «quality of life» (QOL) survey. // *Acta Med Okayama*. – 2007. – V. 61, N 4. – P. 229–234.
15. Bjerre BD, Johansen C, Steven K. Health-related quality of life after cystectomy: bladder substitution compared with ileal conduit diversion. A questionnaire survey // *Br J Urol*. – 1995. – V. 75. – P. 200–205.
16. Brazier JE, Roberts J, Deverill M. The estimation of a preference-based measure of health from the SF-36. *Journal of Health Economics* 2002; 21: 271–292.
17. Cookson M.S., Dutta S.C., Chang S.S. Health related quality of life in patients treated with radical cystectomy and urinary diversion for urothelial carcinoma of the bladder: development and validation of a new disease specific questionnaire // *J. of Urology*. – New York, 2003. – Vol. 170. – N 5. – С. 1926–1930.
18. Dutta SC, Chang SC, Coffey CS, et al. Health related quality of life assessment after radical cystectomy: comparison of ileal conduit with continent orthotopic neobladder // *J Urol*. – 2002. – V. 168. – P. 164–167.
19. Fujisawa M, Isotani S, Gotoh A, et al. Health-related quality of life with orthotopic neobladder versus ileal conduit according to the SF-36 survey // *Urology*. – 2000. – V. 55. – P. 862–865.
20. Garratt AM, Schmidt L, Mackintosh A, Fitzpatrick R. Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *British Medical Journal*, 2002;324: 1417–1421.
21. Gilbert SM, Wood DP, Dunn RL, et al. Measuring health-related quality of life outcomes in bladder cancer patients using the Bladder Cancer Index (BCI) // *Cancer*. – 2007. – V. 109. – P. 1756–1762.
22. Gore J.L., Litwin M.S. Quality of care in bladder cancer: trends in urinary diversion following radical cystectomy // *World J Urol*. – 2009. – V. 27, N 1. – P. 45–50.
23. Hara I., Miyake H., Hara S. et al. Health-related quality of life after radical cystectomy for bladder cancer: a comparison of ileal conduit and orthotopic bladder replacement. *BJU International*. – 2002. – V. 89. – P. 10–13.
24. Kitamura H., Miyao N., Yanase M. et al. Quality of life in patients having an ileal conduit, continent reservoir or orthotopic neobladder after cystectomy for bladder carcinoma // *Int J Urol*. – 1999. – V. 6. – P. 393–399.
25. Marim G., Bal K., Balci U. et al. Long-term urodynamic and functional analysis of orthotopic «W» ileal neobladder following radical cystectomy // *Int. Urol. Nephrol*. – 2008. – V. 40, N 1. – P. 629–636.
26. Miyake H., Nakamura I., Eto H. et al. An Evaluation of Quality of Life in Patients Who Underwent Orthotopic Bladder Replacement after Cystectomy: Comparison of Ileal Neobladder versus Colon Neobladder // *Urol Int* 2002. – V. 69, N 3. – P. 195–199.
27. Porter MP, Penson DF. Health related quality of life after radical cystectomy and urinary diversion for bladder cancer: a systematic review and critical analysis of the literature. *J Urol*. 2005;173:1318–1322.
28. Sogni F, Brausi M, Frea B, Martinengo C, Faggiano F, Tizzani A, Gontero P. Morbidity and quality of life in elderly patients receiving ileal conduit or orthotopic neobladder after radical cystectomy for invasive bladder cancer // *Urology*. – 2008. – V. 71. – N 5. – P. 919–923.
29. Turner-Bowker D.M., Bartley P.J., Ware J.E., Jr. SF-36® Health Survey & «SF» Bibliography: Third Edition (1988-2000). Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated, 2002.

Статья поступила в редакцию 18.11.2013

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

УКРАИНЦЫ ВСЕ БОЛЬШЕ СТРАДАЮТ ОТ НЕВРОЗОВ И КОМПЛЕКСОВ – ЭКСПЕРТ

Украинское население все чаще начинает страдать от неврозов, депрессии и комплексов, однако, количество психических заболеваний остается константным. Об этом во время презентации всеукраинского проекта "Искусство, объединяет всех" сообщил профессор, заведующий кафедрой психиатрии и психотерапии ФПДО Львовского национального медицинского университета им. Галицкого Александр Фильц.

"Психические срывы, которые мы привыкли называть неврозом, неустроенность в жизни и такие

вещи, как комплексы, легкие тревожные депрессии, то их стало гораздо больше в силу того, что ритм жизни стал высоким. Люди не имеют времени остановиться и подумать", - сказал А.Фильц.

Кроме того, эксперт отмечает, что украинское общество сейчас функционирует, как автомат. Поэтому, рекомендует людям выделить полчаса и посидеть в парке и подумать о собственном бытии, это станет основным фактором для стабилизации личности. Таким образом можно уменьшить количество комплексов и неврозов, считает медик.

"Количество психически больных все же не увеличивается и не уменьшается. Оно всегда во все времена и все эпохи константно", - сказал А.Фильц.

Как сообщил УНН, профессор, заведующий кафедрой психиатрии и психотерапии ФПДО Львовского национального медицинского университета им. Галицкого Александр Фильц сообщил, что в Украине пока не развита психотерапевтическая поддержка и социальная работа для психически больных людей.

Источник: УНН