

- EGF receptor to Src-mediated pathway / Y. Shen // J. Biol. Chem. - 2008. - Vol. 283. - P. 5127-5137.
- Shifren J.L. Vascular endothelial growth factor is regulated by estrogen in endometrial cells and may play a role in the pathogenesis of endometriosis / J.L. Shifren // Proc Am Fert Soc. - 1994. - Vol. 50. - P. 59.
- Smotrich D.B. Immunocytochemical localization of growth factors and their receptors in human pre-embryos and fallopian tubes / D.B. Smotrich, R.J. Stillman, E.A. Widra // Hum Reprod. - 1996. - № 11. - P. 184-190.
- Stewart E.A. Leiomyoma-related bleeding: a classic hypothesis updated for the molecular era / E.A. Stewart, R.A. Nowak // Hum Reprod Update. - 1996. - № 2. - P. 295-306.
- Suresh N. Expression pattern of Dll4 during chick embryogenesis / N. Suresh // Histochem. Cell Biol. - 2007. - Vol. 128. - P. 147-152.
- Sweiki D. Patterns of expression of vascular endothelial growth factor (VEGF) and VEGF receptors in mice suggest a role in hormonally regulated angiogenesis / D. Sweiki // J Clin Invest. - 1993. - Vol. 91. - P. 2235-2243.
- Tempfer C. Vascular endothelial growth factor serum concentrations in ovarian cancer / C. Tempfer // Obstet Gynecol. - 1998. - Vol. 92. - P. 360-363.
- Terman B.J. Identification of the KDR tyrosin kinase as a receptor for vascular endothelial growth factor / B.J. Terman // Biochem Biophys Res Comm. - 1992. - Vol. 187. - P. 1579-1586.
- Tomooka Y. Proliferation of mouse uterine epithelial cells in vitro / Y. Tomooka, R. DiAugustine, J. McLachlan // Endocrinology. - 2006. - Vol. 118. - P. 1011-1018.
- Torry D.S. Angiogenesis in the uterus: potential regulation and relation to tumor angiogenesis / D.S. Torry, B.J. Rongish // Am J Reprod Immunol. - 1992. - Vol. 27. - P. 171-179.
- Torry D.S. Preeclampsia is associated with reduced serum levels of placenta growth factor / D.S. Torry // Am J Obstet Gynaecol. - 1998. - Vol. 179. - P. 1539-1544.
- Veeravagu A. Vascular endothelial growth factor and vascular endothelial growth factor receptor inhibitor as anti-angiogenic agents in cancer therapy / A. Veeravagu // Recent Patients Anticancer Drug Discov. - 2007. - Vol. 2, № 1. - P. 59-61.
- Vuorela P. Endothelial receptor antigen in maternal and cord blood of healthy and preeclamptic subjects / P. Vuorela // Obstet Gynecol. - 1998. - Vol. 92. - P. 179-183.
- Wheeler T. Angiogenesis and the placental environment / T. Wheeler, C.L. Elcock, F.W. Anthony // Placenta. - 1995. - Vol. 16. - P. 289-296.
- Wiczak H.P. Pelvic adhesions contain sex steroid receptors and produce angiogenesis growth factors / H.P. Wiczak, D.R. Grow, L.A. Adams // Fertil Steril. - 1998. - Vol. 69. - P. 511-516.
- Williams M.A. Plasma tumor necrosis factor- $\alpha$  soluble receptor p55 (sTNFp55) concentrations in eclamptic, preeclamptic and normotensive pregnant women / M.A. Williams, K. Mahomed, A. Farrand // Abstracts of 11-th World Congress of the International Society of Hypertension in Pregnancy. - 1998. - P. 61-82.
- Wingfield M. Cell proliferation is increased in the endometrium of women with endometriosis / M. Wingfield // Fertil Steril. - 1995. - Vol. 64. - P. 340-346.
- Yoshiji H. Synergistic effect of basic fibroblast growth factor and vascular endothelial growth factor in murine hepatocellular carcinoma / H. Yoshiji // Hepatology. - 2002. - Vol. 35. - P. 834-842.

**Мніхович М.В., Гершзон Д., Брікман М., Давідзон Я., Гаврилюк А.О., Фоміна Л.В., Гумінський Ю.І., Калінін Р.Е., Вернігородський С.В., Сучков І.А., Мігльяс В.Г.**

**АНГІОГЕНЕЗ: МОРФОГЕНЕТИЧНІ МЕХАНІЗМИ, РОЛЬ МІЖКЛІТИННИХ ВЗАЄМОДІЙ**

**Резюме.** В статті представлений огляд сучасної літератури з проблем ангіогенезу. Обговорюються питання ангіогенезу при проліферативних процесах, пухлинному рості. Особливу увагу приділено молекулярно-біологічним характеристикам ангіогенезу, клітинно-матриксних взаємодій, впливу різних росткових факторів, таких як VEGF на ріст і розвиток судин.

**Ключові слова:** ангіогенез, регуляція, фактори росту, судини, ендотелій, пухлина, проліферація, міжклітинні взаємодії.

**Mnichovich M.V., Gershzon D., Brikman M., Davidzon Ya., Gavriilyuk A.O., Fomina L.V., Guminskii Yu.I., Kalinin R.E., Vernigorodskii S.V., Suchkov I.A., Miglias V.G.**

**ANGIOGENESIS: MORPHOGENETIC MECHANISMS, ROLE OF INTERCELLULAR INTERACTION**

**Summary.** In the article the review of the modern literature about the problems of angiogenesis is given. The questions of angiogenesis at the case of proliferative process, tumor growth are being discussed. The molecular and biological characteristics of angiogenesis, the cellular-matrix interactions, the influence of the different growth factors, such as VEGF on the growth and the development of the vessels are special paid attention.

**Key words:** angiogenesis, regulation, factors of growth, vessels, endothelium, tumor, proliferation, intercellular interactions.

Стаття надійшла до редакції 30.10.2012 р.

© Яцина О.І.  
УДК: 616.62:008.1  
Яцина О.І.

Національний інститут раку, відділення пластичної та реконструктивної онкоурології (вул. Ломоносова, 33/43, м. Київ, 03022, Україна)

**ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ З ОРТОТОПІЧНИМ АРТИФІЦІАЛЬНИМ СЕЧОВИМ МІХУРОМ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)**

**Резюме.** Аналіз літератури, присвяченої оцінюванню якості життя хворих на рак сечового міхура, яким було виконано радикальну цистектомію і створено ортотопічний артифіціальний сечовий міхур, дозволив визначити основні сучасні тенденції вибору критеріїв, згідно яким аналізують фізіологічний, психологічний і соціальний стан благополуччя пацієнта. Найбільш важливою є оцінка якості життя, пов'язана зі станом здоров'я хворих, яка базується на методах, що включають загальні (SF-

36) і канцерспецифічні (EORTC QLQ C-30) анкети. Свідоме оцінювання якості життя в ранньому і віддаленому післяопераційному періоді самим хворим за запропонованим лікарем-онкологом способом, який враховує адаптаційно-компенсаційні механізми артифіціального ортотопічного резервуару надає можливість оцінити ефективність способу формування цього резервуару. Такий підхід дозволяє поліпшити соціальну адаптацію хворих з артифіціальним ортотопічним сечовим міхуром.

**Ключові слова:** *якість життя, соціальна адаптація, інвазивний рак сечового міхура, артифіціальний сечовий міхур.*

## Вступ

Радикальна цистектомія з деривацією сечі до кишечника на сьогодні складає стандарт хірургічного лікування м'язево-інвазивного раку сечового міхура [Возианов 1996; Аль-Шукри и др., 1997; Лопаткина, 1998; Камышан 1998; Каприн 1999; Атдуев и др., 2009; Зимичев и др., 2009; Коган 2001; Лопаткин и др., 2004; Лопаткин и др., 2003; Матвеев 2002; Переверзев 2002; Матвеев 2003; Сидоров 2004; Ситдыков и др., 2003; Шапльгин и др., 2006; Beduk Ya. et al., 2003; AbolEnein 2003; AbolEnein 2001; Hautmann et al., 2007; Marim et al., 2008; Baza et al., 2008; Ashlok 2009]. Необхідність видалення сечового міхура виникає ще при декотрих інших захворюваннях, коли втрачаються притаманні сечовому міхуру функції - резервуарна і евакуаторна, таких як туберкульоз сечового міхура, дивертикулез, нейрогенна дисфункція і т.і. [Камышан, 1998].

Способи заміщення сечового міхура дуже важливі для покращення якості життя пацієнтів в післяопераційному періоді. Пошуки оптимальних варіантів реконструктивних операцій після цистектомії здійснювались ще на початку минулого сторіччя, але й до сьогодні вибір оптимального способу деривації сечі залишається однією з найактуальніших проблем урології взагалі, та онкоурології у першу чергу. До сьогодні не існує ідеального способу відведення сечі після радикальної цистектомії, проте створення ортотопічного ілеального сечового міхура дозволяє хворим найшвидше адаптуватись до нових умов життя, а деяким пацієнтам - повернутись до звичайної соціальної і робочої активності [Камышан, 1998; Каприн 1999; Сайдакова та ін., 2001; Гоцадзе, 2003; Сидоров 2004; Атдуев и др., 2009; Hart et al., 1999; Hara et al., 2002; Yamashita et al., 2003; Gore JL et al., 2006; Gupta, 2007; Arata, 2007; Marim et al., 2008; Gore 2009; Ashlok 2009].

Наприкінці минулого сторіччя було сформовано ключові вимоги до створення сечових резервуарів. Перш за все, це дотримання низького внутрішнього тиску в резервуарі, яке б не перевищувало 40 см вод ст., по-друге - створення ємності не меншої за 400-500 мл, по-третє - створення умов, виключаючих можливість рефлюксу сечі в разі перистальтичних скорочень кишечника, збереження утримання сечі, функціональна і морфологічна адаптація, а також, мінімізація ризиків пухлинної метаболізації. Таким вимогам відповідає хірургічна техніка створення сечових резервуарів з формуванням детубуляризованих сегментів товстої або тонкої кишки [Галеев 1993; Коган 2001; Переверзев 2002; Матвеев 2003; Крупин 2005; Рогачиков 2008; Пирогов 2009; Зимичев 2009; Bassi et al., 1999; AbolEnein, 2001; Abrams et al., 2002; Schafer et al., 2002; BedukYa et al.,

2003; Abrams et al., 2008; Bellmunt 2008; Baza et al., 2008; SherwoodL., 2006].

Незважаючи на те, що використання здувальної кишки для заміщення сечового міхура набуло загальне визнання [Стаховський и др., 2000; Стаховский и др., 2001; Стаховський та ін., 2002; Сидоров 2004; Мрачковский и др., 2009; Gupta 2007; Marim 2008], залишається досить багато не вирішених питань стосовно механізмів адаптації як безпосередньо стінок кишки та вегетативної нервової системи (тонус кишки, ступінь ураження парасимпатичної інервації, збереження спинальних рефлексів сфінктерів сечового міхура), використаної для проведення реконструктивно-пластичної операції, так і організму людини в цілому [Ситдыков, 2003; Крупин, 2005; Рогачиков 2008; Атдуев и др., 2009; Галимзянов и др., 2009; Kitamura et al., 1999; Fujisawa et al., 2000; Parekh, 2000; Lose et al., 2002; Miyake 2002; Madersbacher 2002; AbolEnein 2003; Nesrallan, 2004; Montie et al., 2006; Marim et al., 2008; El-Bahnasawy, 2008]. До сьогодні відсутня порівняльна характеристика використання різних відділів шлунково-кишкового тракту для створення штучного сечового міхура з позицій оцінки якості життя хворого, які б враховували особливості функціональної та морфологічної адаптації міхурово уретрального сегменту до накопичення та видалення сечі [Bjerre, 1995; Filzpatrick et al., 1998; Bassi et al., 1999; Hart et al., 1999; Clark et al., 2005; Cleeland et al., 2000; Dutta, 2002; El-Bahnasawy, 2008; Fujisawa et al., 2000; Hammouda, 2004; Gore et al., 2006; Gorodokin, 2005; Hassan et al., 2007; Bauer et al., 2010]. Недостатньо з'ясована залежність континентної функції від об'єму видалення внутрішнього сфінктера сечового міхура та їхній взаємозв'язок з якістю життя з позицій оцінювання рівня здоров'я після радикальної цистектомії з ортотопічною цистопластиком [Бавильский и др., 2009; Van Mastriigt, 2004; Allareddy et al., 2006; Terrone et al., 2006]. Практично відсутні відомості про існування тестів для оцінювання функціональних можливостей артифіціального сечового міхура в якості критерію поліпшення якості життя хворих після радикальної цистектомії [Стаховський, 2000; Ситдыков, 2003; Фадеїв, 2004; Строганов, 2010; Wyndaele, 1998; Nesrallan, 2004; Tanaka, 2005; Sakakibara et al., 2007]. Тому існує велика потреба у нових способах та механізмах відновлення втрачених функцій в артифіціальному сечовому міхурі, що особливо актуально, бо від цього залежить формування якісного резервуару, котрий в кінцевому результаті визначає долю оперованого хворого [Стаховський, 2001; Стаховський, 2002; Bassiet et al., 1999; Beduk Ya, 2003]. До останнього часу більшість урологів орієнтувались на

очікувані після операції ускладнення та летальність. Але взагалі, кінцевим результатом лікування онкологічного хворого є зменшення страждання пацієнта і, збільшення строку його життя [Ганцев и др., 2007; Ионова, 2000; Новик, 2002; Новик, 2004; Новик, 2007; Fujisawa et al. 2000; Porter, 2005].

Та якщо смерть дійсно становить кінцеву крапку життя пацієнта, котру можна проаналізувати, то якість життя набагато складніше виміряти та оцінити. Тому в клінічних дослідженнях способи оцінки ЯЖ раніше використовували досить рідко, а клініцисти мали обмежену кількість належної інформації про вплив методів лікування на ЯЖ. Ось чому в останні роки існує зацікавленість до вивчення ЯЖ у хворих з різними хронічними, складно виліковними захворюваннями, тим більше онкологічними, особливо при створенні артифіціальних органів [Горбатов и др., 2008; Рогачиков, 2008; Boyd et al., 1987; Aaronson, 1989; Bjerre, 1995; Dutta, 2002; Fujisawa, 2000; Parekh, 2000; Gilbert, 2007; Hara et al., 2002; Miyake et al., 2002; Nesrallan, 2004; Montie et al., 2006; Allareddy et al., 2006; Arata, 2007; Sogni, 2008; Gore, 2009].

Мета нашої роботи: - проаналізувати дані літератури, присвяченої оцінюванню якості життя як суттєвого критерію для визначення впливу методу реконструкції сечового резервуару після радикальної цистектомії у хворих на рак сечового міхура, спираючись на сучасні можливості прийнятих у світі опитувальних методів, що надасть змогу підійти до прогнозування у майбутньому якості результатів хірургічного лікування, визначення потреби в реабілітаційних заходах та їх цілеспрямованості і, таким чином, окреслити шляхи для покращення якості лікування цього вкрай складного контингенту пацієнтів. Термін "якість життя" спочатку був використаний в суспільних науках. Параметри ЯЖ до останнього часу вивчають в соціології. До цього поняття соціологи включають такі показники, як змістовність праці, відпочинку, задоволеність ними, якість харчування та умови прийому їжі, якість одягу, житла, оточуючої середовища, а крім цього функціонування соціальних інститутів, сфери обслуговування, рівень задоволення у спілкуванні, знаннях, мистецтві, і таке інше. В медичній літературі перші дослідження по вивченню показників ЯЖ з'явилися в середині 1940-х років, коли D. Karnofsky запропонував шкалу для визначення ЯЖ онкологічних хворих [Karnofsky, 1947]. На сьогодні, на жаль, відсутнє загальноприйняте визначення ЯЖ. Багато авторів використовують такі поняття, як ЯЖ в загальному розумінні цього слова, так і у вузькому (медичному) [Галкина, 2007; Aaronson, 1989].

Сам термін ЯЖ й більш вузький - пов'язана із здоров'ям якість життя (ПЗЯЖ) - віддзеркалюють фізичні, психологічні і соціальні сфери здоров'я, на які впливають життєві навички людини, сприйняття нею оточуючого світу, вірування, очікування, сподівання. Переведення різних ділянок й компонентів здоров'я в кількісну

площину, що названа ЯЖ, складна задача. Визначення пов'язаної із здоров'ям ЯЖ наступне: "Якість життя в клінічній медицині має під собою сприйняття пацієнтом ефекту функціональної взаємодії хвороби і впливу на неї лікування" [Filzpatrick et al., 1998].

Це визначення прояснює, що саме хворий є головним інформатором про якість його життя. Головне треба зрозуміти, що визначення ЯЖ лікарями чи близькими родичами спроможне в тому разі, коли хвора людина не здатна до самооцінки [Новик, 2002; Новик, 2004].

Системний моніторинг стану онкохворих передбачає використання моделі, включаючої оцінку клінічного результату та результату, пов'язаного з оцінкою ЯЖ, про що йдеться в таблиці 1.

ЯЖ в загальному розумінні - це поняття, яке освітлює всілякі боки життя людини, пов'язані не тільки зі станом його здоров'я, але і з умовами життя, професійними здібностями, працею, навчанням, домашніми клопатами.

Медичні аспекти ЯЖ передбачають вплив клінічних проявів захворювання і методів лікування на повсякденне життя хворого [Чернышев, 2010; Aaronson, 1989].

Безпосередньо ЯЖ визначається перш за все скаргами хворого, його функціональними можливостями, сприйняттям хворим життєвих змін, пов'язаних із захворюванням, рівнем загального статку, загальним задоволенням життям [Filzpatrick et al., 1998].

ВОЗ рекомендує визначати ЯЖ як суб'єктивне співвідношення стану індивідуума в житті суспільства (з урахуванням культури та морально-етичних взаємовідносин у суспільстві) з бажаннями даної особи, її планами, можливостями та ступенем загального статку. Інакше кажучи, ЯЖ відображає ступінь комфортності людини як безпосередньо в собі, так і в межах суспільства [Чучалин, 1999; Новик, 2002].

В онкологічній практиці результати лікування оцінюють за трьома критеріями: "відповідь пухлини", безрецидивне виживання (трьох та п'ятирічне) і критерію ЯЖ.

Як зрозуміло із попереднього - що це поняття ЯЖ досить складне, і включає крім психо-логічного стану, емоційного та соціального функціонування людини також фізичний стан хворого. Необхідно зазначити, що критерій ЯЖ стоїть на другій позиції за значимістю критеріїв оцінки результатів протипухлинної терапії після

**Таблиця 1.** Загальні показники оцінки якості життя онкологічного хворого.

№ п\п	Показники, які використовуються
1	Критерій ефективності лікування
2	Критерій ефективності використання нових лікарських засобів
3	Критерій використання нових хірургічних втручань
4	Прогностичний фактор
5	Показник ефективності реабілітаційних програм
6	Показник для розробки підходів до паліативної терапії

**Таблиця 2.** Оціночні критерії ЯЖ онкологічних хворих за D. Welch-McCaffey.

№ п\п	Оціночний критерій	Семантичне визначення
1	Соціальний	Соціальна залежність, зміни образу життя, час перебування в лікарні, здатність до відновлення працездатності
2	Психологічний	Поведінка і моральна стійкість, рівень дистресу, щастя, задоволеності, мета життя, стурбованість, відчуття особистої гідності
3	Фізіологічний	Рівень життєдіяльності, зменшення болю, статевая активність

**Таблиця 3.** Критерії, які використовують для оцінки ЯЖ за R. Fitzpatrick.

№ п\п	Критерій ЯЖ	Семантичне визначення
1	Фізичний стан	Рухомість, фізична активність, кмітливість, здатність до забезпечення головних життєвих потреб, як то: приймати самостійно їжу, самостійно одягатись, гігієнічно задовольнятись
2	Симптоматика	Біль, нудота, апетит, енергійність, слабкість, відпочинок, життєдіяльність. Специфічні для хвороби симптоми: болісне сечовипускання, відчуття неповного сечовипускання, нетримання сечі
3	Загальний стан здоров'я	Зріст, маса тіла, артеріальний тиск, стан шкіри та слизових оболонок, частота дихання, загальна температура тіла і т.і.
4	Психологічний стан	Збудженість, знервованість, депресія, порушення сну, добре самопочуття, висока самооцінка, збереження самовідчуття
5	Соціальні стосунки	Інтимні і сімейні взаємовідносини, сексуальна активність та задоволеність. Соціальні контакти, можливості. Діяльність у вільний від роботи час
6	Пізнавальні здібності	Здатність до пізнання, стриманість, спостережливість, уважність, збереження пам'яті, здатність до спілкування, збентеженість
7	Рольове функціонування	Праця, ведення домашнього господарства, вирішення фінансових питань.
8	Стан особистості	Духовність. Задоволеність життям, своїм загальним виглядом. Притаманність комплексів
9	Потреба в нагляді	Спроможність до самообслуговування, потреба в допомозі, само неспроможність

виживання та є не менш важливим, ніж первинна "пухлинна відповідь" [Aaronson, 1989; Miyake et al., 2002].

Визначення ЯЖ з урахуванням функціонального стану ортотопічного ілеального артифіціального сечового міхура у хворих на інвазивний рак сечового міхура, що перенесли радикальну цистектомію, останнім часом викликає все більшу зацікавленість фахівців [Комяков и др., 2002; Гарагаты, 2004; Атдуев и др., 2009; Галимзянов и др., 2009; Lose et al., 2002; Madersbacher, 2002].

Ця тема стає все більш актуальною, тому що, радикальна цистектомія з утворенням артифіціального ортотопічного ілеального сечового міхура на сьогодні є "золотим стандартом" лікування хворих на локалізований інвазивний рак сечового міхура. Розуміючи головні тенденції розвитку та досягнення сучасної реконструктивно - відновлювальної онкоурології, можна з упевненістю стверджувати, що визначення критеріїв оцінки "ЯЖ" вже стає кінцевим пунктом клінічних досліджень в останні роки, оскільки зацікавленість до стану та очікувань, сподівань пацієнта зростає [Лебедеко, 2001; Атдуев и др., 2009; Kitamura et al., 1999; Parekh, 2000; Madersbacher, 2002; Miyake et al., 2002; Nesrallan, 2004; Montie et al., 2006].

ЯЖ має особливе значення в дослідженнях, в котрих порівнюються методи лікування з однаковим впливом на розвиток та перебіг захворювання [Aaronson, 1989].

Значимо більш детально. В 1985 році D. Welch-McCaffey визначив декілька найважливіших, на його думку, оціночних критеріїв для онкологічних хворих [Переверзев, 2002; Галкина, 2007; Новик, 2007], які наведені в таблиці 2.

На нашу думку більш повно критерії оцінки ЯЖ були визначені R. Fitzpatrick у 1998 році [Fitzpatrick et al., 1998] таблиця 3.

Окрім цього (табл. 4) запропоноване використання оцінки, пов'язаної зі станом здоров'я.

Як можна побачити з таблиці 4, доцільність оперативного втручання вірогідно визначити за допомогою оцінки ЯЖ.

До того ж HRQL може бути використаним в буденній клінічній практиці для визначення якості життя, пов'язаної зі станом здоров'я, що передбачає велику кількість різних використань. Її застосовують для оцінки співвідношення потреб пацієнта зі складністю його захворювання. Тим паче сьогодні HRQL використовують для оцінювання результатів досліджень.

Крім цього HRQL використовують для розподілення ресурсів закладів охорони здоров'я, а також контролю за ефективністю хірургічних втручань.

Виникає справедливе питання: коли і як потрібно оцінювати ЯЖ хворих на рак та з якою метою? У відомому дослідженні [Ганцев и др., 2007] були чітко сфор-

**Таблиця 4.** Структура оцінки якості життя, пов'язаної зі станом здоров'я (HRQL).

№ п\п	Критерії оцінки ЯЖ
1	Оцінка співвідношення потреб пацієнта зі складністю його захворювання
2	Оцінювання результатів досліджень
3	Використовують для розподілення ресурсів закладів охорони здоров'я. При цьому доцільність оперативного втручання визначають за допомогою оцінки ЯЖ
4	Використаним в буденній клінічній практиці для контролювання ефективності хірургічних втручань.

мульовані три мети: визначити повне коло побічних ефектів лікування для оцінки необхідності й ефективності реабілітації; порівняння результатів лікування в наукових дослідженнях; використати результати оцінювання ЯЖ для прогнозування вірогідного результату лікування.

При порівнянні, наприклад, різних способів деривації сечі після цистектомії - самооцінка пацієнтом його ЯЖ після цих втручань надає клінічну інформацію для інших пацієнтів, хворих на рак сечового міхура, та допомагає вирішити питання, який вид деривації сечі найбільш доцільний [Bjerre, 1995; Allareddy et al., 2006].

Зазначимо, що сучасні онкологічні дослідження базуються на прискіпливому контролюванні можливого розвитку пухлини і строків життя спільно з максимальним зменшенням летальності. Нажаль у випадках, коли наперед відомо, що очікувані смертність і летальність однакові, порівнювальні дослідження недоцільні. В тому випадку найважливішим аспектом оцінювання клінічного виходу дійсно лишається один критерій - загальна ЯЖ [Лебеденко, 2001].

Вирізняють декілька варіантів оцінювання пов'язаної зі здоров'ям ЯЖ HRQL, які відображені в таблиці 5.

Інструменти для визначення ЯЖ повинні бути надійними, простими, доступними розумінню, чутливими і об'єктивними.

Перший метод найпростіший у використанні, але досить часто супроводжується великою кількістю незграбних або невірних відповідей. Наступний метод більш складний, але дозволяє виключити помилки і пропущені відповіді при заповненні. Інші два методи потребують максимально спрощеної й доступної форми опитувальника. Опитування по телефону надає можливість уточнення відповідей і зменшує вірогідність помилок. Розповсюдження анкети листами незаміниме у випадках неможливого опитування іншими способами.

Треба зазначити, що сучасні інструменти оцінювання ЯЖ розроблені на основі психометрії, тобто науки, яка виконує кількісний аналіз людської поведінки, її почуттів, оцінку особистості, трансформуючи в доступні кількісному аналізу показники. Головні психометричні якості показників це надійність, об'єктивність, чутливість.

Надійність інструменту пояснюється ступенями вільності від небажаних помилок.

Об'єктивність інструменту - це можливість вимірювання за його допомогою тих показників, які передба-

чалось виміряти.

Чутливість - здатність відображати в часі зміни, досить незначні, які мають клінічне значення.

Дослідження ЯЖ за звичай входять до складу більш значущого клінічного протоколу дослідження, адаптованого до правил якісної клінічної практики - Good Clinical Practice (GCP).

Існує достатньо велика кількість опитувачів для оцінки HRQL, що відрізняються залежно від мети. Добре відомі загальні анкети SF-36, шкала Карновського. Останнім часом широке використання в онкоурології для загального оцінювання фізичного і психічного рівня ЯЖ отримав опитувальник SF-36, котрий являє багатозначову коротку

форму медичного дослідження, яка включає в себе 36 питань. Ця форма складається з 8 профілів функціонального оцінювання здоров'я, а також психометричний аналіз на основі оцінки фізичного й психічного стану здоров'я. Ця загальна форма стандартної анкети опитування використовується в онкологічних хворих для порівняння відносного впливу перебігу хвороби на ефективність різних методів лікування, включаючи хірургічне. Проте загальні анкети неспецифічні для того чи іншого захворювання і дозволяють лише оцінити та порівняти вплив на якість життя різноманітних розладів. Специфічні опитувачі, такі як EORTC та FAKT були розроблені для конкретних хвороб і пов'язаних з ними фізичних та психологічних проблем. В урології створено багато таких опитувачів, в тому числі канцер-специфічних [Фадєєв, 2004; Aaronson, 1989]. Стандартними анкетами для опитування, якими користуються в онкології, є: загальні (generic) та специфічні (cancer specific) (табл. 6).

Потрібно окреслити особливості оцінювання якості життя хворих на рак сечового міхура після цистектомії. Нагадаємо, що метою усієї системи медичної допомоги в онкології є відновлення і збереження ЯЖ. При вивченні літературних даних, які присвячено ЯЖ і раку сечового міхура, відстежується декілька суперечливих тенденцій. Нажаль, досить рідко в дослідженнях використовують вже відомі, перевірені опитувачі для оцінювання ЯЖ. Це стосується як загальних анкет по ЯЖ, так і канцер-специфічних. Хоча причина цього потребує пояснень. Справа в тому, що багато авторів вирішили створити свої інструменти для дослідження ЯЖ, які б дозволили найшвидше обумовити гарні і відмінні результати тих чи інших хірургічних втручань. Та хоча ці анкети створюють з великою увагою й турботою, але їх цінність дискусійна [Пирогов, 2009; Карпенко, 2001; Filzpatrick et al., 1998].

За недоліки загальних специфічних анкет для опитування можна вважати нехтування проблеми континентності у хворих з артіфіціальною деривацією сечі. Тому бажане використання загальноприйнятих та самостійно розроблених опитувачів. Групою EORTC Genito-Urinary Tract Cancer Cooperative було розробле-

**Таблиця 5.** Методи визначення пов'язаної зі здоров'ям ЯЖ (HRQL).

№ п\п	Методи визначення
1	Самостійне заповнення анкет із запитаннями хворим
2	Усне інтерв'ю хворого з лікарем
3	Заповнення медпрацівником анкети при опитуванні хворого за телефоном
4	Письмове анкетування хворих

Таблиця 6. Стандартні анкети для опитування в онкології.

Загальні анкети (generic)	Специфічні анкети(cancer specific)
1. Nottingham health profile (NHP)	1. EORTC QLQ C-30 - Опитувальник Європейської організації досліджень в лікуванні раку (European Organization for Research and Treatment of Cancer-Quality of Life Questionnaire / Core 30)
2. Quality of wellbeing index (QWBI)	2. FACT-G - функціональна оцінка протипухлинної терапії - загальна форма (Functional Assessment of Cancer Therapy-general form)
3. Karnosky performance status (KPS)	3. FLIC - функціональний рівень життя (Functional Living Index)
4. "Medical Outcomes Study - Short Form" Short form 36 (SF-36)	4. CARES - система оцінки післяракової реабілітації (Cancer Rehabilitation Evaluation System)
5. Sickness impact profile (SIP)	5. CIPS - (Cancer Inventory Problem Scale) - шкала проблем, пов'язаних з раком

но специфічного для інвазивного раку сечового міхура модуля QLQ-BML30, в якому записані тридцять пунктів.

Він складається із окремих шкал, що дозволяють оцінювати проблеми уростом та необхідності використання катетеризацій. Цей модуль можна використовувати разом із EORTC-QLQ-C30, який призначений для оцінки ЯЖ хворих, яким було виконано радикальну цистектомію.

Оцінювання ЯЖ за системою EORCT представляє інтегративну схему оцінки ЯЖ в залежності від стану здоров'я (QoL) онкологічних хворих [Sogni, 2008].

Крім цього група FACIT (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy) розробила специфічний опитувач хворих на рак сечового міхура FACT-B1, до змісту якого окрім загальних положень, узятих з FACT-G, присутня шкала для хворих на рак сечового міхура. Остання складається з питань стосовно сечових, кишкових і сексуальних проблем, та декілька питань до тих, хто має уростом. Способи відведення сечі, які направлені на збереження континентності після радикальної цистектомії з приводу інвазивного раку сечового міхура, включаючи створення артифіціального ілеального ортотопічного необладдера, зайняли достойне місце в ефективному лікуванні цієї вкрай складної патології. Відомо, що ЯЖ після нових, фізіологічно обумовлених реконструкцій, що базуються на сучасних знаннях анатомії і фізіології, в поєднанні з новітніми хірургічними техніками, буде поліпшено [Каприн, 1999; Studer, 1997; Steers, 2000; Studer, 2000; Hollenbeck et al., 2004; Tanaka et al., 2005]. Перешкоджала цьому недостатність розуміння, що повинно бути визначено, та як це потрібно виконати. В усіх дослідженнях ще й досі використовують різні опитувачі, що недоречно. Хоча за даними багатьох досліджень вже зрозуміло, що при оцінюванні ЯЖ схожих груп пацієнтів, потрібно використовувати одні й ті ж самі вузько специфічні анкети - опитування. При лікуванні раку, базуючись на виліковності і контролі злоякісності захворювання, потрібно забезпечити підтримку в соціальному, психологічному та сексуальному розумінні. Специфічні анкети для опитування, передбачені для оцінки ЯЖ хворих, яким було виконано операції відведення сечі, обов'язково

повинні включати перелік питань стосовно найголовніших проблем. Перш за все, це питання, пов'язані з відведенням сечі [Ситдыков, 2003; Атдуев и др., 2009].

Витікання, неутримання (нетримання) сечі, її запах, необхідність катетеризацій, ускладнення, пов'язані зі стомою, суттєво впливають на життя пацієнтів. ICS розроблені рекомендації стосовно експертизи функціональних характеристик кишкових резервуарів [Van Mastrigt, 2004.]. При створенні артифіціального ілеального необладдера це ноктурія [Steers, 2000], парадоксальна ішурія, пов'язані з накопиченням та випороженням сечі, та в ряді випадків - мацерація шкіри і підтікання сечі в наслідок слабкості сфінктерів сечового міхура. Дослідження показують, що через 12 місяців після операції приблизно 85% пацієнтів мають фізичні та емоційні проблеми, пов'язані з відведенням сечі, а приблизно - 65% через 5 років. Вплив хірургічного втручання на сексуальну функцію в цілому залежить від результату операції. Цистектомія найчастіше призводить до еректильної дисфункції, хоча, на жаль, відсутня інформація стосовно статевої функції перед операцією. Негаразди, що відбуваються в наслідок порушення статевої функції, визначаються при порівнянні психологічного, фізичного та сексуального аспектів ЯЖ пацієнтів. Сексуальна активність (лібідо, статевої акт) виявляється значно нижчою серед хворих, яким було створено ілеальний артифіціальний сечовий міхур. Еректильна дисфункція, дискомфорт, пов'язані з відведенням сечі, витікання та запах сечі - ускладнення, які можливі після радикальної цистектомії, можуть призвести до розірвання шлюбу, нівечення сім'ї.

Стосовно питання професійної, соціальної діяльності, праці вдома - літературні дані свідчать про те, що здатність повернутись до попередньої роботи залежить від віку пацієнта і виду професійної діяльності. Приблизно 60-70% хворих з ілеальним кондуїтом продовжили свою попередню професійну діяльність в повному обсязі або частково [Галеев, 1993; Bassi, 1999].

Більшість пацієнтів з ортотопічним сечовим міхуром, навіть в похилому віці змогли продовжити свою професійну діяльність або зберегти активний спосіб

життя. Проте слід зауважити, що неспроможність продовження професійної діяльності або виконання менш сплачуваної праці після операції позначається і на матеріальному положенні, і на емоційному стані пацієнтів. Дійсно, діагноз раку сечового міхура у поєднанні з перспективою хірургічного втручання на нижніх сечовивідних шляхах, що пов'язують з можливими проблемами накопичення та випорожнення сечі, сексуальною неміччю, може призвести до важкого психологічного стресу, пов'язаному з питаннями подальшого існування та зміною цінностей життя. При дослідженні анкет SF-36 було продемонстровано, що емоційний стан майже однаково погіршується у пацієнтів з кондуїтом, нашірним континентним відведенням або артіфіціальним необладдером. Стомлюваність та рівень депресії були однаковими. Більшість пацієнтів відмічали постійну втому, відсутність сенсу життя, небажання звертатись по допомогу, нервову збудженість.

Всі ускладнення, пов'язані з методом відведення сечі, впливають на рівень ЯЖ в післяопераційному періоді. Взаємозв'язок має зворотній характер: при більш виражених ускладненнях нижчий рівень ЯЖ та навпаки. Ось чому всі ускладнення деривації сечі повинні бути включені і оцінені при опитуванні якості життя.

### Висновки та перспективи подальших розробок

1. Загальноприйнятим на сьогодні положенням можна вважати те, що кінцевим результатом лікування онкологічного хворого є зменшення страждання пацієнта і збільшення строку його життя. Ця мета тер-

мінологічно визначається покращенням ЯЖ. Проте поки що відсутнє загально прийняте визначення ЯЖ, і використовують різні поняття: ЯЖ в загальному розумінні цього слова, у вузькому медичному, а це ускладнює порівняння результатів окремих досліджень.

2. Для оптимізації вибору методу деривації сечі після радикальної цистектомії з формуванням ортотопічного артіфіціального сечового міхура бажано проведення оцінки ЯЖ, пов'язаної зі станом здоров'я, яка визначається за допомогою письмового анкетування хворих лікуючим лікарем - онкологом. Стандартними анкетами для опитування в онкології є загальні анкети (generic), найбільш поширеною з яких є SF-36, та спеціфічні анкети (cancer specific) - EORTC QLQ C-30, рекомендована Європейською організацією досліджень в лікуванні раку (European Organization for Research and Treatment of Cancer-Quality of Life Questionnaire / Core 30).

3. Проте існуючі способи оцінювання якості життя хворих на рак сечового міхура після радикальної цистектомії досить суперечливі і суб'єктивні, що потребує їхнього удосконалення за рахунок доповнення даними об'єктивних досліджень.

Оцінка ЯЖ після формування ортотопічного артіфіціального сечового міхура ОАСМ повинна включати дані інструментальних досліджень функціонального стану кишечника, функції верхніх і нижніх сечовивідних шляхів, оцінку стану нервової, включаючи вегетативну, системи. Але, попри все, слід пам'ятати, що саме хвора людина є найліпшим суддею свого життя, тому що його особиста оцінка завжди залишається вирішальною.

### Список літератури

- Возианов А.Ф. Особенности цистэктомии и замещения мочевого пузыря тонкой кишкой / А.Ф. Возианов, Э.А. Стаховский // 1-й съезд онкологов стран СНГ: тезисы докладов. - Москва, 1996. - 423 с.
- Галеев Р.Х. Функция артіфіціального кишечного моченого пузыря / Р.Х. Галеев, И.М. Гайнетдинов // Урол. и нефрол. - 1993. - № 2. - С. 35-37.
- Галкина Н.Г. Качество жизни после цистэктомии различными способами отведения мочи / Н.Г. Галкина // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. - 2007. - № 4. - С. 77 - 84.
- Диагностика и лечение рака мочевого пузыря / Лопаткин Н.А., Даренков С.П., Чернышов И.В. [и др.] // Урология. - 2004. - № 1. С. 12-17.
- Ионова Т.Н. Понятие качества жизни больных онкологического профиля / Т.Н. Ионова, А.А. Новик, Ю.А. Сухонос // Онкология. 2000. - Т.2, № 1-2. - С. 25-27.
- Камышан И.С. Кишечная пластика мочевого пузыря / Камышан И.С. // Урология и нефрология. - 1998. - № 2. - С. 24-27.
- Каприн А.Д. Современные концепции лечения рака мочевого пузыря / Каприн А.Д. // Лечащий врач. - 1999. - № 4. - С. 49-54.
- Кишечная пластика при раке мочевого пузыря / Шаплыгин Л.В., Ситников Л.В., Фурашов Д.В. [и др.] // Онкоурология. - 2006. - № 4. - С. 25-29.
- Коган М.И. Современная диагностика и лечение рака мочевого пузыря / М.И. Коган, В.А. Перепечай. - Ростов-на-Дону. - 2002. - 199с.
- Количество представлений "ответа на лечение" организма, систем обеспечения и качества жизни онкологических больных / [Лебедеко И.М., Тепляков В.В., Ковалевский Н.С., Малаева Н.С.] // Международный медицинский журнал. - 2001. - № 5. - С. 35-41.
- Континентная гетеротопическая деривация мочи в частино изолированный сегмент сигмовидной кишки после цистпростатэктомии / Бавильский В.Ф., Саатов М.Н., Плаксин О.Ф. [и др.] // Урология. - 2009. - № 3. - С. 48-51.
- Крупин В.Н. Нейроурология: руководство для врачей / В.Н. Крупин, А.Н. Белова. - М: Из-во Антидот. - 2005. - 289 с.
- Лопаткина Н.А. Руководство по урологии / Н.А. Лопаткина. - Из-во Москва: Медицина. - 1998. - Т. 2. - 250 с.
- Матвеев Б.П. Рак мочевого пузыря / Б.П. Матвеев, К.М. Фигурин, О.Б. Карякин. - Москва: Из-во Вердана. - 2002. - С. 613.
- Матвеев Б.П. Руководство по онкоурологии / Матвеев Б.П. - РОНЦ имени Н.Н. Блохина. Москва. - 2003. - 216 с.
- Методичні підходи до соціальної та трудової реабілітації хворих на рак сечового міхура / Сайдакова Н.О., Стаховський Е.О., Карпенко В.С. [та ін.]

- // Урология. - 2001. - № 1. - С. 7-11.
- Методы оценки качества жизни больных хроническими обструктивными болезнями легких. Пособие для врачей / Чучалин А.Г., Сенкевич Н.Ю., Белявский А.С. - Москва. - Медицина. - 1999. - 278 с.
- Новик А.А. Качество жизни - новый критерий эффективности лечения / Новик А.А. // Вестник Межнародного центра исследований качества жизни. - 2004. - № 3-4. - С. 4.
- Новик А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова. - Санкт-Петербург Издательский дом "Нева". Москва: Олмапресс Звездный мир. - 2002. - 320 с.
- Новик А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова - 2-е изд. - М.: ОЛМАмедиагрупп. - 2007. - 314 с.
- Особливості медико-соціальної реабілітації хворих на рак сечового міхура / Стаховський Е.О., Сайдакова Н.О., Карпенко В.С. [та ін.] // Урологія - 2002. - № 1. - С. 54-59.
- Оценка различных методов исследования качества жизни у кардиологических больных / Горбатов Е.А., Стеклов В.И., Харпунов В.Ф. [и др.] // Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. - 2008. - Т.3. - С. 123.
- Патофизиологические аспекты илеального мочевого пузыря / Стаховский Э.А., Карпенко В.С., Вукалович П.С. [и др.] // Материалы 4-ой Всероссийской конференции с участием стран СНГ. - Москва: 2001. - С. 161.
- Переверзев А.С., Опухоли мочевого пузыря / А.С. Переверзев, С.Б. Петров. - Харьков. - Факт. - 2002. - 304 с.
- Пирогов В.А. Функциональное состояние нейрогенного мочевого пузыря у мужчин с гиперактивным мочевым пузырем / Пирогов В.А., Чабанов П.В. // Здоровье мужчины. - 2009. - № 3. - С. 104-106.
- Применение многофакторного корреляционно-регрессионного анализа в определении риска развития и в прогнозировании исхода рака мочевого пузыря / Ганцев Ш.Х., Зимичев А.А., Маклаков В.Н [и др.] // Мед. Вестник Башкортостана. - 2007. - Т. 36. - С.52-55.
- Профилактика и лечение поздних осложнений послекишечной пластики мочевого пузыря / Галимзянов В.З., Казихинов А.А., Кутляров Л.М. [и др.] // Урология. - 2009. - № 1. - С. 50-56.
- Радикальная цистэктомия при раке мочевого пузыря / Аль-Шукри С.Х., Комяков Б.К., Горелов А.И. [и др.] // Актуальные вопросы лечения онкоурологических заболеваний. - Матер. 2-й Всероссийской науч. конф. 21-22 ноября, Обнинск. - 1997. - С. 8-9.
- Радикальное лечение инвазивного рака мочевого пузыря / Лопаткин Н.А., Даренков С.П., Чернышев И.В. [и др.] // Урология. - 2003. - № 4. - С. 3-8.
- Резервуарная функция илеального сечового міхура / Стаховський Е.О., Карпенко В.С., Пирогов В.О. [та ін.] // Урологія. - 2000. - № 4. - С. 21-25.
- Результаты создания артифициального мочевого пузыря после радикальной цистэктомии у больных раком мочевого пузыря / Атдуев В.А., Строганов А.Б., Любарская Ю.О. [и др.] // Саратовский научно-медицинский журнал. - 2009. - Т. 5, № 4. - С. 615-619.
- Сидоров В.А. Инвазивный рак мочевого пузыря. Хирургическое лечение: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.27, 14.00.40 / В.А. Сидоров / Гос. ин-т усовершенствования врачей. - М., 2004. - 37 с.
- Сидоров В.А. О влиянии хирургического лечения рака мочевого пузыря на качество жизни пациентов. <http://www.uroman.ru> // Мужское здоровье и долголетие. - 2004. - Москва: Конференция и выставка. Режим доступа: [http://www.uroman.ru/print\\_science-articles/konferencia.html](http://www.uroman.ru/print_science-articles/konferencia.html)
- Ситдыков Э.Н. Выбор метода оперативного лечения новообразований мочевого пузыря / Э.Н. Ситдыков, М.Э. Ситдыкова, А.Ю. Зубков // Урология. - 2003. - № 6. - С. 3-6.
- Собственный опыт ортотопической интестинальной пластики у 91 больного раком мочевого пузыря / Мрачковский В.В., Кондратенко А.В., Яковлев П.Г., [и др.] // Урология. - 2009. - № 1. С.51-54.
- Строганов А.Б. Клинико-экспериментальное обоснование выбора метода деривации мочи и реконструкции мочевого резервуара / А.Б. Строганов: автореферат дис. на соискание научн. степени докт. мед. наук. - Саратов. - 2010. - 33 с.
- Фадеев В. А. Состояние уродинамики нижних мочевыводящих путей у больных раком мочевого пузыря при радикальной цистэктомии и ортотопической цистопластикой / В. А. Фадеев. дисс. докт. мед. наук. - Санкт-Петербург. - 2004. - 198 с.
- Чернышев И.В. Оценка качества жизни больных инвазивным раком мочевого пузыря после радикальной цистэктомии / И.В. Чернышев, Ю.В. Самсонов // Экспериментальная и клиническая урология. - 2010. - № 1. - С. 32-35.
- Aaronson N.K. Quality of life assessment in clinical trials: methodological issues / N.K. Aaronson // Control Clin. Trials. - 1989. - Vol. 10. - P. 195-208.
- AbolEnein H. Continent urinary diversion: an overview / H. AbolEnein // Edited by Mansoura University (Mansoura Egypt). - 2003. - 84 p.
- AbolEnein H. Functional results of ortotopic ileal neobladder with serous-lined extramural ureteral reimplantation: experience with 450 patients / H. AbolEnein, M.A. Ghoneim // J. Urol. - 2001. - Vol. 165. - P. 1427-1432.
- Ashlok H.K. Role of robot-assisted surgery for bladder cancer / H.K. Ashlok // Curr Opin Urol. - 2009. - Vol. 19. - № 1. - P. 69-75.
- Assessing symptom distress in cancer patients / Cleeland C.S., Mendoza T., Wang S. [et al.] // Cancer. - 2000. - Vol. 89, № 7. - P. 1634 - 1646.
- Bellmunt J. Invasive bladder cancer: ESMO clinical recommendations for diagnosis, treatment and follow-up / J. Bellmunt, S. Albiol, V. Kataja // Ann Oncol. - 2008. - Vol. 2, № 19. - P. 47-48.
- Bjerre B.D. Health-related quality of life after cystectomy: bladder substitution compared with ileal conduit diversion. A questionnaire survey / B.D. Bjerre, C. Johansen, K. Steven // Br J Urol. - 1995. - Vol. 75. - P. 200-205.
- Bladder cancer. Clinical guidelines in Oncology / Montie J.E., Abrahams N.A., Bahnson R.R. [et al.] // J Natl Compr Canc Netw. - 2006. - Vol. 4. - P. 984-1014.
- Bladder Replacement and Urinary Diversion / [Studer U.E., Stenzl A., Mansson W., Mills R.] // European Urology. - 2000. - Vol. 38, № 6 (curriculum in urology). - P. 1-11.
- Chemotherapy for bladder cancer: treatment guidelines for neoadjuvant chemotherapy, bladder preservation, adjuvant chemotherapy, and metastatic cancer. Urology / Sternberg C.N., Donat S.M., Bellmunt J. [et al.] // 2007. - Vol. 69. - P. 62-79.
- Comparison of clinical and urodynamic outcome in orthotopic ileocaecal and ileal neobladder / Beduk Ya., Turkolmez K., Baltaci S. [et al.] // European Urology. - 2003. - Vol. 43. - P. 258-262.
- Complications of the AdVance Transobturator



- Male Sling in the Treatment of Male Stress Urinary Incontinence / Bauer R., Mayer M.E., May F. [et al.] // *Urology*. - 2010. - Vol. 75. - № 6. - P. 1494-1498.
- Continenace and urodynamic parameters: comparison and long term orthotopic sigmoid and ileal neobladders / Baz A.G. El., Ismail M.A., Gansoury H.M. El. [et al.] // *Austral J Basic Applied sci.* - 2008. - Vol. 2, № 3. - P. 652-657.
- El-Bahnasawy M.S. Clinical and urodynamic efficacy of oxybutynin and verapamil in the treatment of nocturnal enuresis after formation of ortotopic ileal neobladders / M.S. El-Bahnasawy, H. Shaaban, M.A. Gomna // *Scandinavian J. Urol. Nephrol.* - 2008. - Vol. 42. - P. 344-351.
- Evaluating patient-based outcome measures for use in clinical trials / Filzpatrick R., Davey C., Buxton M.J. [et al.] // *Health Technol Assess.* - 1998. - Vol. 2. - P. 14 - 16.
- Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse and faecal incontinence. / Abrams P., Andersson K.E., Bircder L. [et al.] // *4th International consultation on incontinence. Recommendations of the international scientific committee.* Paris. - 2008. - P. 1767-1798.
- Evaluation of direct versus non-refluxing technique and functional results in orthotopic Y-ileal neobladder after 12 years of follow up / Hassan A.A., Elgamal S.A., Sabaa S.A. [et al.] // *International Journal of Urology*. - 2007. - Vol. 14. - P. 300-304.
- Good urodynamic practice: uroflowmetry, filling cystometry, and pressure-flow studies / Schafer W., Abrams P., Liao L. [et al.] // *Neurourol. Urodynam.* - 2002. - Vol. 21. - P. 261 -274.
- Gore J.L. Quality of care in bladder cancer: trends in urinary diversion following radical cystectomy / J.L. Gore, M.S. Litwin // *World J Urol.* - 2009. - Vol. 27. - № 1. - P. 45 - 50.
- Gorodokin G. Quality of cancer care / G. Gorodokin, A. Novik // *Ann. Oncol.* - 2005. - Vol. 16. - № 6. - P. 991 -996.
- Gupta N.P. Natuonal survey on orthotopic neobladder / Gupta N.P., Ansari M.S., Nabi G. // *Int Urol Nephrol.* - 2007. - Vol. 39. - P. 143-148.
- Hammouda H.M. Functional evaluation of modified T pouch as ileal neobladder or thotopic reservoir / Hammouda H.M. // *J Egyptian Nat. Cancer Inst.* - 2004. - Vol. 16. - № 1. - P. 29 -33.
- Hara, I. Health-related quality of life after radical cystectomy for bladder cancer: a comparison of ileal conduit and orthotopic bladder replacement / Hara, I., Miyake, H., Hara, S. [et al.] // *BJU International.* - 2002. - Vol. 89. - P. 10-13.
- Health related quality of life assessment after radical cystectomy: comparison of ileal conduit with continent orthotopic neobladder / Dutta S.C., Chang S.C., Coffey C.S. [et al.] // *J Urol.* - 2002. - Vol. 168. - P. 164-167.
- Health-related quality of life with orthotopic neobladder versus ileal conduit according to the SF-36 survey / Fujisawa M., Isotani S., Gotoh A. [et al.] // *Urology*. - 2000. - Vol. 55. - P. 862-865.
- Karnofsky D.F. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in Cancer / D.F. Karnofsky, J.N. Burchenal // *Evaluation of chemotherapeutic agents* // Columbia University Press. - 1947. - P. 107 - 134.
- Long - term functional outcome and late complications of Studer's ileal neobladder / Tanaka T., Kitamura H., Takahashi A. [et al.] // *Jpn J Clin Oncol.* - 2005. - Vol. 35. - № 7. - P. 391-394.
- Long term results of orthotopic neobladder reconstruction after radical cystectomy / Kulkarni J.N., Pramesh C.S., Rathi S. [et al.] // *BGU International.* - Vol. 91. - P. 485-488.
- Long- term urodynamic and functional analysis of orthotopic "W" ileal neobladder following radical cystectomy / Marim G., Bal K., Balci U. [et al.] // *Int. Urol. Nephrol.* -2008. - Vol. 40. - № 1. - P. 629-636.
- Long-term voiding pattern of patients With ileal orthotopic bladder substitutes / [Madersbacher S., Mohrle K., Burkhard F., Studer U.E.] // *Journal of Urology.* - 2002. - Vol. 167. - P. 2052-2057
- Measuring health-related quality of life outcomes in bladder cancer patients using the Bladder Cancer Index (BCI) / Gilbert S.M., Wood D.P., Dunn R.L. [et al.] // *Cancer.* - 2007. - Vol. 109. - P. 1756-1762.
- Miyake H. An Evaluation of Quality of Life in Patients Who Underwent Orthotopic Bladder Replacement after Cystectomy: Comparison of Ileal Neobladder versus Colon Neobladder / H. Miyake, I. Nakamura // *Urol Int*-2002. - Vol. 69. - № 3. - P. 195-199.
- Morbidity and quality of life in elderly patients receiving ileal conduit or orthotopic neobladder after radical cystectomy for invasive bladder cancer / Sogni F., Brausi M., Frea B. [et al.] // *Urology*. - 2008. - Vol. 71, № 5. - P. 919 -923.
- Neobladder overactivity; an equivalent to spontaneous rectal contraction. / Sakakibara R., Awa Y., Naya Y. [et al.] // *International Journal of Urology.* - 2007. - Vol. 14. - P. 1054 -1056.
- Nesrallah L.G. Orthotopic ileal neobladder: the influence of reservoir volume and configuration on urinary continence and emptying properties / L.G. Nesrallah, M. Srougi, M.F. Dall'Oglio // *BJU International.* - 2004. - Vol. 63. - P. 375-378.
- Orthotopic ileal neobladder versus sigmoidal neobladder: a "quality of life" (QOL) survey / Arata R., Saika T., Tsushima T. [et al.] // *Acta Med Okayama.* - 2007. - Vol. 61. - № 4. - P. 229 - 234.
- Parekh D.J. Functional lower urinary tract voiding outcomes after cystectomy and orthotopic neobladder / D.J. Parekh, W.B. Gibert, Ja.Jr. Smith // *J. Urol.* - 2000. - Vol. 163. - P. 56-58.
- Porter M.P. Health related quality of life after radical cystectomy and urinary diversion for bladder cancer: a systematic review and critical analysis of the literature / M.P. Porter, D.F. Penson // *J Urol.* - 2005. - Vol. 173. - P. 1318-1322.
- Prognostic factors of outcome after radical cystectomy for bladder cancer: a retrospective study of a homogeneous patient cohort / Bassi P., Ferrante G.D., Piazza N. [et al.] // *J. Urol.* - 1999. - Vol. 161, № 5. - P. 1494 -1497.
- Quality of life after radical cystectomy for bladder cancer in patients with an ileal conduit, cutaneous or urethral kock pouch / Hart S., Skinner E.C., Meyerowitz B.E. [et al.] // *J Urol.* - 1999. - Vol. 62. - P. 77-81.
- Quality of life in long-term survivors of bladder cancer / Allareddy V., Kennedy J., West M.M. [et al.] // *Cancer.* - 2006. - Vol. 106. - P. 2355-2362.
- Quality of life in patients having an ileal conduit, continent reservoir or orthotopic neobladder after cystectomy for bladder carcinoma / Kitamura H., Miyao N., Yanase M. [et al.] // *Int J Urol.* - 1999. - Vol. 6. - P. 393 -399.
- Regionalization of radical cystectomy. / Hollenbeck B.K., Taub D.A., Miller D.C. [et al.] // *J. Urol.* - 2004. - Vol. 171, № 36. - P. 137.
- Sand P.K. Analysis of the standardisation of terminology of lower urinary tract dysfunction: report from the standardization sub-committee of the international continence society / P.K.

- Sand, R.Dmochowski // *Neurourol. Urodynam.* - 2002. - Vol. 21. - P. 167-178.
- Standardisation of urethral pressure measurement: report from the standardisation sub-committee of the international continence society / Lose G., Griffiths D., Hosker G. [et al.] // *Neurourol. Urodynam.* - 2002. - Vol. 21. - P. 258-260.
- Steers W.D. Voiding dysfunction in the orthotopic neobladder / W.D. Steers // *World J Urology.* - 2000. - Vol. 18. - P. 330-335.
- Stein J.P. Commentary urinary diversion and bladder substitution in patients with Bladder cancer / J.P. Stein // *UrolOncol.* 2000. - Vol. 5. - P. 232-233.
- Studer U.E. Ileal orthotopic bladder substitutes. What we have learned from 12-years' experience with 200 patients / U.E. Studer, E.J. Zingg // *UrolClin North Am.* - 1997. - Vol. 24. - P. 781-786.
- The ileal neobladder: complications and functional results in 363 patients after 11 years of follow-up / Hautmann R.E., De Petroni R., Gottfried H.-W. [et al.] // *J. Urol.* - 1999. - Vol. 161.-№ 2. - P. 422-428.
- The standardization of terminology in nocturia: report from the standardization sub-committee of the international continence society / Van Kerrebroeck P., Abrams P., Chaikin D. [et al.] // *Neurourol. Urodynam.* - 2002. - Vol. 21. - P. 179-183.
- The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the standardization sub-committee of the international continence society / Abrams P., Cardozo L., Fall M. [et al.] // *Neurourol. Urodynam.* - 2002. - Vol. 21. - P. 167-178.
- Urethral recurrence following neobladder in bladder cancer patients / Yamashita S., Hoshi S., Ohyama C. [et al.] // *Tohoku J. Exp. Med.* - 2003. - Vol. 199. - P. 197-203.
- Urinary diversion / Hautmann R.E., Abol-Enein H., Hafez K. [et al.] // *Urology.* - 2007. - Vol. 69. - P. 17-24.
- Van Mastrigt R. ICS standard for digital exchange of urodynamic study data / R. Van Mastrigt, D.J. Griffiths // *NeuroUrodyn.* - 2004. - Vol. 23. - P. 280-281.
- Variations in reconstruction after radical cystectomy / Gore J.L., Saigal C.S., Hanley J.M. [et al.] // *Cancer.* - 2006. - Vol. 107. - P. 729-737.
- Wyndaele J.J.J.M. Methods for Urodynamic Investigation / J.J.J.M. Wyndaele // *European Urology.* - 1998. - Vol. 133. - № 1 (curriculum in urology). - P. 1-17.

**Яцына А.И.**

#### ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ОРТОТОПИЧЕСКИМ АРТИФИЦИАЛЬНЫМ МОЧЕВЫМ ПУЗЫРЕМ. (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

**Резюме.** Анализ литературы, посвященной оценке качества жизни больных, перенесших радикальную цистэктомию в связи с инвазивным раком мочевого пузыря, позволил определить основные современные тенденции выбора критериев, согласно которым осуществляют оценку качества жизни больных, включая физическое, психологическое, социальное благополучие пациента. Наиболее значимой является оценка качества жизни, связанная со здоровьем больных, основанная на описательных методах, включающих общие (SF-36) и канцерспецифические (EORTC QLQ C-30) анкеты. Сознательная оценка качества жизни в раннем и отсроченном послеоперационном периодах самим больным по предложенным врачом-онкологом методикам, учитывающим адаптационно-компенсаторные механизмы сформированного ортотопического мочевого резервуара, даст возможность оценить эффективность методики формирования данного резервуара. Такой подход позволит улучшить социальную адаптацию больных с артифициальным ортотопическим мочевым пузырем.

**Ключевые слова:** Качество жизни, социальная адаптация, инвазивный рак мочевого пузыря, артифициальный мочевой пузырь.

**Iatsyna O.I.**

#### RESEARCH QOL OF THE PATIENTS WITH ORTOTOPIC ARTIFICIAL NEOBLADDER (LITERATURE REVIEW)

**Summary.** Comparative analysis of the literature, sanctified to the estimation of quality of life of patients with the invasive bladder cancer, carrying a radical cystectomy, the preference of the use of iliac bowel shows as plastic material for forming of artificial neobladder. Determination of choice of optimal department of gastrointestinal tract, and methodologies of creation, from the distal part of iliac bowel of artificial bladder from positions of the realized estimation of quality of life in early and deferred postoperative periods to the patients on the offered by oncologist methodologies taking into account further adaptation mechanisms of neocyst, will give an opportunity to estimate efficiency of methodology of forming the orthotopic reservoir, improve quality life, positioned on the estimation of quality of health directly, that will allow to optimize also social adaptation of patients.

**Key words:** quality of life, social adaptation, invasive bladder cancer, neobladder.

Стаття надійшла до редакції 30.10.2012 р.

© Куляс С.М.

УДК: 616.995.42-08

**Куляс С.М.**

Вінницький національний медичний університет імені М. І Пирогова кафедра інфекційних хвороб (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

### СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ОСОБЛИВОСТІ СПЕЦИФІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ЛАЙМ-БОРЕЛІОЗУ

**Резюме.** В статті наведено огляд вітчизняної та зарубіжної літератури присвячений висвітленню сучасних поглядів на етіологію, епідеміологію, патогенез, клінічні прояви, особливості специфічної діагностики, лікування та профілактики Лайм-бореліозу (ЛБ).

**Ключові слова:** хвороба Лайма, борелії, кліщовий бореліоз, імуноблотинг, антибактеріальна терапія