

3. Problema ozhireniya v Evropejskom regione VOZ i strategii ee resheniya/VOZ Evropejskoe regional'noe byuro. – Kopenhagen. – 2009. – 408s. [In Russ].
4. Ivashkin, V.T. Klinicheskie varianty metabolicheskogo sindroma/ V.T. Ivashkin, O.M. Drapkina, O.N. Korneeva. – M.: OOO «Izdatel'stvo «Medicinskoe informacionnoe agentstvo». – 2012. – 220s. [In Russ].
5. Rekomendacii po kolichestvennoj ocenke struktury i funkcii kamer serdca/Rossijskij kardiologicheskij zhurnal. – 2012. – №3. – T.95. – 28 s. [In Russ].
6. Rekomendacii po lecheniyu arterial'noj gipertonii Evropejskogo obshchestva po gipertonii (ESH) i Evropejskogo obshchestva kardiologov (ESC) / Rossijskij kardiologicheskij zhurnal. – 2013. – №12. – T.23. – S.143-228. [In Russ].
7. Ushakova, S.A. Osobennosti diastolicheskoy funkcii pri remodelirovani miokarda levogo zheludochka u podrostkov s arterial'noj gipertenziej i abdominal'nym ozhireniem/ S.A. Ushakova, S.M. Klyashev, E.N. Kuz'mina // Medicinskaya nauka i obrazovanie Urala. – 2010. – T.11. – № 3. – S.41–46. [In Russ].
8. Ushakova, S.A. Metabolicheskij sindrom: ot polimetabolicheskikh narushenij k nozologicheskim formam zabolevanij/S.A. Ushakova, S.M.Klyashev, E.N. Kuz'mina. – M.: ID «MEDPRAKTIKA-M». – 2013. – 76s. [In Russ].
9. SHlyahto, E. V. koncepciya novyh nacional'nyh klinicheskikh rekomendacij po ozhireniyu /E.V. SHlyahto, S.V. Nedogoda, A.O. Konradi [i dr.] //Rossijskij kardiologicheskij zhurnal. – 2016. – № 4. – T.132. – s.7-13. [In Russ].
10. Alp, H. The effect of hypertension and obesity on left ventricular geometry and cardiac functions in children and adolescents/ H. Alp, S. Karaarslan, D. Eklio, B.S. Ylu, M.E. Atabek, T. Baysal // J. Hypertens. – 2014; 32(6):1283–1292.
11. Alpert, M.A. Effects of obesity on cardiovascular hemodynamics, cardiac morphology, and ventricular function/ M.A. Alpert, J. Omran, B.P. Bostick // Curr. Obes. Rep. – 2016;5(4):424–434.
12. Britton, K.A. Body fat distribution, incident cardiovascular disease, cancer, and all-cause mortality/ K.A. Britton, J.M. Massaro, J.M. Murabito, B.E. Keeger, U. Hoffmann, C.S. Fox // J. Am. Coll. Cardiol. – 2013;62 (10):921–5.
13. Devereux, R.B. Echocardiographic assessment of left ventricular hypertrophy: comparison to necropsy findings/R.B. Devereux, D.R. Alonso, E.M. Lutas, G.J. Gottlieb, E. Campo, I. Sachs [et al.] // Am. J. Cardiol. – 1986; 57:450–8.
14. Dušan, P. Left ventricular mass and diastolic function in obese children and adolescents/ P. Dušan, I. Tamara, V. Goran, M.L. Gordana, P.A. Amira // Pediatr. Nephrol. – 2015;30(4):645–652.
15. Gurgyenyan, S.V. The influence of hemodynamic and hormonal factors on the development of left ventricular hypertrophy in patients with arterial hypertension/ S.V. Gurgyenyan, K.D. Adamyan, E.M. Krishchyan [et al.] // Kardiologiya. – 1996; 7: 46-51.
16. Hutan, Ashrafian. Heart remodelling and obesity: the complexities and variation of cardiac geometry/ Hutan Ashrafian, Thanos Athanasios, Carel W. le Roux. // Heart. – 2011. – 97. – 171-172.
17. Klein, S. Clinical implications of obesity with specific focus on cardiovascular disease: a statement for professionals from the American Heart Association Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism: endorsed by the American College of Cardiology Foundation/ S. Klein, L.E. Burke, G.A. Bray, S. Blair, D.B. Allison, X. Pi-Sunyer [et al.] // Circulation. – 2004;110(18):2952–2967.
18. Levy, D. Prognostic implications of echocardiographically determined left ventricular mass in the Framingham Heart Study/ D. Levy, R.J. Garrison, D.D. Savage, W.B. Kannel, W.P. Castelli // N. Engl. J. Med. – 1990; 322: 1561-6.
19. Li, X. Childhood adiposity as a predictor of cardiac mass in adulthood. The Bogalusa Heart Study/ X. Li, S. Li, E. Ulusoy, W. Chen, S.R. Srinivasan, G.S. Berenson // Circulation. – 2004;110(22):3488–3492.
20. Obesity and overweight. What are overweight and obesity? - WHO Fact sheet N311. – September, 2006.
21. Obesity and overweight. – Mediacentre WHO: Fact sheet; Updated June 2016.
22. Pieruzzi, F. The role of blood pressure, body weight and fat distribution on left ventricular mass, diastolic function and cardiac geometry in children/ F. Pieruzzi, L. Antolini, F.R. Salerno, M. Giussani, P. Brambilla, S. Galbiati [et al.] // J. Hypertens. – 2015;33(6):1182–1192.
23. Porcar-Almela, M. Left ventricular diastolic function and cardiometabolic factors in obese normotensive children/ M. Porcar-Almela, P. Codocer-Franch, M. Tuzynb, M. Navarro-Solera, J. Carrasco-Luna, J. Ferrando // Nutr. Metab. Cardiovasc. Dis. – 2015;25(1):108–115.
24. Sapozhnikova, I.E. Versions of myocardium of left ventricle in patients with arterial hypertension and impaired glucose metabolism/ I.E. Sapozhnikova, E.I. Tarlovskaya, A.K. Tarlovskiy // Kardiologiya. – 2013; 8: 44-8.
25. Veber, V.R. Influence of an abdominal obesity on structurally functional changes of heart and a possibility of their medicament correction at patients with arterial hypertension/ V.R.Veber, M.P. Rubanov, M.P. Kopin [et al.] // A rational pharmacotherapy in a cardiology. – 2008; 4: 28-31.
26. Williams, D. Pregnancy: a stress test for life// Curr. Opin.Obstet.Gynecol. – 2003. – 15(6): 465-71.

УДК 332.1

© Коллектив авторов, 2019

М.И. Коган, В.В. Иванников, О.Н. Васильев, В.А. Перепечай  
**КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ЦИСТЭКТОМИИ  
 С КОНДУИТНОЙ И ОРТОТОПИЧЕСКОЙ ДЕРИВАЦИЕЙ МОЧИ**  
*ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет»  
 Минздрава России, г. Ростов-на-Дону*

Дана сравнительная оценка качества жизни 29 пациентов после радикальной цистэктомии с кондуитной и 32 больных с ортотопической деривацией мочи, опрошенных по специальным анкетам на основе мичиганского опросника «Индекс рака мочевого пузыря» (Bladder Cancer Index – BCI; The University of Michigan). Субъективные оценки соматического статуса (по степени дискомфорта, испытываемого больными из-за нарушений мочеиспускания, развивающейся азотемии, слизи в моче, дисфункции органов пищеварения и нарушений в сексуальной сфере) не выявили существенных различий между сравниваемыми группами. При объективно более тяжелом положении пациентов с илеокондуитом (с учетом тяжести их заболевания, возраста и сопутствующих заболеваний) субъективная оценка состояния качества жизни сопоставима с уровнем субъективной оценки более «молодых» пациентов с ортотопической деривацией мочи. Негативная оценка качества жизни (по субъективным оценкам общего самочувствия и проблемам с социальной адаптацией) дана больным с ортотопической деривацией, что вероятно обусловлено возрастными психологическими особенностями восприятия пациентами своего положения. «Более молодые» пациенты этой группы при сопоставимых уровнях соматического нездоровья оценивают общее качество своей жизни как более катастрофическое и тяжелое. Более негативные субъективные оценки своего самочувствия и качества жизни больными этой группы ставят проблему недостаточной психологической подготовки больных к условиям жизни «после радикальной цистэктомии» и последующего их психологического сопровождения в системе длительного послеоперационного наблюдения.

**Ключевые слова:** радикальная цистэктомия, качество жизни больных, илеоцистопластика, ортотопическая деривация мочи.

M.I. Kogan, V.V. Ivannikov, O.N. Vasiliev, V.A. Perepechay  
**QUALITY OF LIFE OF PATIENTS AFTER RADICAL CYSTECTOMY  
 WITH CONDUIT AND ORTHOTOPIC URINE DERIVATION**

The study presents a comparative assessment of the quality of life of 29 patients after radical cystectomy with conduitis and 32 patients with orthotopic urine derivation, interviewed on special questionnaires based on the Michigan questionnaire «Bladder Cancer Index» (Bladder Cancer Index – BCI; The University of Michigan). Subjective assessment of somatic status (the degree of discomfort experienced by patients due to urinary disorders, developing azotemia, mucus in the urine, digestive dysfunction and sexual disorders) did not reveal significant differences between the comparison groups. Moreover, in objectively more difficult situation of patients with ileoconduitis (taking into account the severity of their disease, age and concomitant diseases), their subjective assessment of their condition and quality of life can be comparable with the level of subjective assessment of more «young» patients with orthotopic urine derivation. At the same time, a more negative assessment of the quality of life (according to subjective assessments of general health and problems with social adaptation), noted in patients with orthotopic derivation, may be due to their age-psychological characteristics of the perception of their situation: «younger» patients in this group at comparable levels of somatic ill health evaluate the overall quality of their life as more catastrophic and severe. More negative subjective assessments of their well-being and quality of life of patients in this group pose the problem of insufficient psychological preparation of patients for living conditions «after the RC» and their subsequent psychological support in the system of long-term postoperative follow-up.

**Key words:** radical cystectomy, quality of life of patients, ileocystoplasty, orthotopic urine derivation.

Сравнительная оценка качества жизни больных, перенесших радикальную цистэктомию (РЦ) с разными способами деривации мочи, является одной из важных задач онкоурологических исследований не только для оптимизации методов мониторинга и медико-социального сопровождения пациентов, но и для дальнейшего развития стратегии лечения больных раком мочевого пузыря [1-3].

Цель исследования – дать сравнительную оценку качества жизни пациентов после радикальной цистэктомии с кондуитной и ортотопической деривацией мочи.

#### Материал и методы

В работе анализируются результаты анкетирования 29 больных с кондуитной (1-я

группа) и 32 больных с ортотопической деривацией мочи (2-я группа) после радикальной цистэктомии (РЦ) по поводу рака мочевого пузыря. Средний возраст пациентов 1-й группы – 71,4±1,5 года и 62,3±1,5 года пациентов 2-й группы (p<0,05). Анкеты пациентов обеих групп составлены на основе мичиганского анкетного опросника «Индекс рака мочевого пузыря» (Bladder Cancer Index – BCI; The University of Michigan) с учетом вида деривации мочи. Ответы респондентов оценивались в баллах; общий статистический анализ проводился по программе Statistica 6.0.

#### Результаты и обсуждение

Основные результаты исследований представлены в табл. 1-7.

Таблица 1

Выраженность симптомов нарушений мочеиспускания после операции РЦ

Наименование симптомов	1-я группа		2-я группа	
	абс.	%	абс.	%
Суммарное количество общих симптомов нарушений	15 из 116	12,9±3,1	32 из 124	25,8±3,9 *
Примесь крови в моче	0	0,0	4	12,5
Стулки крови в моче	0	0,0	0	0,0
Наличие слизи в моче	14	48,3	28	87,5 *
Наличие мелких камней, «песка»	1	3,4	0	0,0
Суммарное количество специфических симптомов нарушений	42 из 232	18,1±2,5	77 из 310	24,8±2,5
Средний процент проявления симптомов в группах, включая общие симптомы	57 из 348	16,4±2,0	109 из 434	25,1±2,1 *

\* Статистически достоверные различия между сравниваемыми группами (p<0,05).

Данные табл. 1 указывают на достоверно большую частоту проявления как общих симптомов нарушений мочеиспускания (например, по наличию слизи в моче), так и их суммарного количества (с учетом специфических симптомов, характерных для выбранных видов деривации) во 2-й группе пациентов. Вместе с тем, несмотря на большую распространенность среди пациентов 2-й группы симптома «слизь в моче», количество выделений слизи меньше, чем у пациентов 1-й группы (табл. 2).

Отмечено, что у пациентов 1-й группы проблема непроизвольного подтекания мочи оказывается менее выраженной в зависимости от времени опроса пациентов. Если днем на

эту проблему указывали сопоставимые доли больных – 82,8% в 1-й группе против 75,0% во 2-й группе (p>0,05), то ночью на проблему подтекания мочи жаловались лишь 38,0% больных 1-й группы против 100,0% пациентов 2-й группы (p<0,05). Средние оценки качества мочеиспускания до операции РЦ в обеих группах были довольно низкими (по 5-балльной шкале) и практически не различались – 1,81±0,13 против 1,83±0,17 балла у больных 1- и 2-й групп соответственно (p>0,05). Оценки не различались и после РЦ, но зато оценки качества мочеиспускания существенно выросли в обеих группах – 3,55±0,10 и 3,19±0,19 балла соответственно (p>0,05).

Особенности дисфункции органов пищеварения оценивали по характеристике нарушений стула у пациентов из групп сравнения (табл. 3).

Анализ результатов анкетирования о выраженности дисфункции органов пищеварения после РЦ указывает на достоверно меньшую степень дискомфорта у пациентов 2-й группы в сравнении с пациентами 1-й группы.

Характеристика признаков нарастающей азотемии (с балльной оценкой) у больных представлена в табл. 4. Данные табл. 4 свидетельствуют об отсутствии заметных различий между группами по среднему уровню дискомфорта из-за развития азотемии, хотя отмечено различие в структуре потребления жидкости с тенденцией к увеличению у пациентов 1-й группы ( $p < 0,05$ ).

Таблица 2

Содержание слизи в моче у прооперированных больных				
Наименование симптомов и их оценка в баллах	1-я группа		2-я группа	
	абс.	%	абс.	%
Как Вы оцениваете количество слизи, выделяемой с мочой сразу после РЦ?				
1.***. Мало	-	-	4	12,5
2. Среднее количество	13	44,8	18	56,3
3. Много	16	55,2	10	31,2
Среднебалльные оценки проявления симптома	2,55±0,10		2,19±0,11*	
Как Вы оцениваете количество слизи выделяемой с мочой сейчас?				
0. Очень мало	7	24,2	6	18,8
1. Мало	-	-	4	12,5
2. Среднее количество	5	17,2	12	37,5
3. Много	17	58,6	10	31,2*
Среднебалльные оценки проявления симптома	2,10±0,24		1,81±0,19	

\* Статистически достоверные различия между группами сравнения ( $p < 0,05$ ).

1\*\*\* – здесь и далее – оценка степени дискомфорта пациента в баллах.

Таблица 3

Характеристика нарушений стула после операции РЦ					
№	Наименование симптомов и их оценка в баллах	1-я группа		2-я группа	
		абс.	%	абс.	%
1. Испытываете ли Вы проблемы со стулом после РЦ?					
1.1	0***. Нет	17	58,6	20	62,5
1.2	1. Да. С тенденцией к запорам	7	24,2	7	21,9
1.3	2. Да. С учащенным жидким стулом	-	-	-	-
1.4	3. Да. Чередование запоров и жидкого стула	5	17,2	5	15,6
2. Используете ли Вы слабительные и/или клизмы сейчас?					
2.1	0. Нет	19	65,6	28	87,5*
2.2	1. Да. Слабительные препараты	5	17,2	4	12,5
2.3	2. Да. Очистительные клизмы	1	3,4	-	-
3. Какова регулярность стула у Вас сейчас?					
3.1	0. Один раз в день	13	44,9	17	53,2
3.2	1. Больше чем один раз в день	4	13,8	6	18,7
3.3	2. Один раз в 2-3 дня	11	37,9	9	28,1
3.4	3. Меньше чем один раз в неделю	1	3,4	-	-
4.	Выраженность степени дискомфорта, обусловленного нарушениями стула после операции РЦ (баллы)	2,00±0,10		1,56±0,08*	

\* Статистически достоверные различия между сравниваемыми группами ( $p < 0,05$ ).

0\*\*\* – здесь и далее – оценка степени дискомфорта пациента в баллах.

Таблица 4

Выраженность признаков азотемии у больных после РЦ					
№	Наименование симптомов и их оценка в баллах	1-я группа		2-я группа	
		абс.	%	абс.	%
1. Испытываете ли Вы чувство жажды, сухости во рту, сухость и зуд кожи, неприятный запах изо рта и др.?					
1.1	1.*** Да	12	41,4	20	62,5
1.2	0. Нет	17	58,6	12	37,5
2. После операции цистэктомии Вы стали больше употреблять жидкости?					
2.1	1. Да	18	62,1	24	75,0
2.2	0. Нет	11	37,9	8	25,0
3. Сколько в среднем жидкости в сутки Вы сейчас употребляете (с учетом жидкой пищи), л					
3.1	0. До 2,0 л	7	24,1	9	28,1
3.2	1. От 2,1 до 3,0 л	9	31,1	18	56,3*
3.3	2. От 3,0 л и более	13	44,8	5	15,6*
4.	Выраженность степени дискомфорта, обусловленного развитием азотемии после операции РЦ, баллы	2,24±0,18		2,25±0,17	

\* Статистически достоверные различия между сравниваемыми группами ( $p < 0,05$ ).

Выраженность сексуальных проблем у больных после РЦ

№	Наименование симптомов и их оценка в баллах	1-я группа		2-я группа	
		абс.	%	абс.	%
1	Какова частота половой активности сейчас?				
1.1	0***. Чаще 1 раза в неделю	-	-	-	-
1.2	1. Около 1 раза в неделю	5	17,2	5	15,6
1.3	2. Около 1 раза в месяц	-	-	-	-
1.4	3. Реже 1 раза в месяц	4	13,8	-	-
1.5	4. Нет половой активности	19	65,6	27	84,4
2.1	Уровень выраженности дискомфорта из-за сексуальных проблем, отмеченный пациентами до РЦ, баллы	1,71±0,22		0,93±0,21*	
2.2	Уровень выраженности дискомфорта из-за сексуальных проблем, отмеченный пациентами после РЦ, баллы	4,14±0,18*		4,38±0,17*	
3.	Удается ли Вам испытывать оргазм?				
3.1	0. Да	9	31,0	5	15,6
3.2	1. Нет	19	65,6	27	84,4
4.	Возникают ли у Вас самостоятельные ночные или утренние напряжения полового члена (для мужчин)?				
4.1	0. Да	9	31,0	2	6,2*
4.2	1. Нет	15	51,7	27	84,4*
5.	Возникают ли у Вас напряжения полового члена при стимуляции (для мужчин)?				
5.1	0. Да	4	13,8	2	6,2
5.2	1. Если да, то насколько достаточные для проявления половой активности: достаточные (0), недостаточные (1)	3(0) 1(1)	13,8	2(1)	6,2
5.3	2. Нет	20	69,0	27	84,4
6.	Как Вы относитесь к возникшим половым расстройствам?				
6.1	0. Я не испытываю проблем	11	37,9	12	37,5
6.2	1. Я не считаю возникшие проблемы для себя значимыми	5	17,2	1	3,1
6.3	2. Это меня огорчает, но я не чувствую себя несчастным (ой)	4	13,8	15	46,9*
6.4	3. Это делает меня, в определенном смысле, несчастным человеком	8	27,6	4	12,5
7.	Хотели бы Вы избавиться от возникших половых расстройств?				
7.1	0. Нет	19	65,5	12	37,5
7.2	1. Да	9	31,0	20	62,5*
8.	Общая оценка выраженности дискомфорта из-за сексуальных проблем после РЦ, в баллах	8,82±0,58		9,92±0,52	

\* Статистически достоверные различия между сравниваемыми группами (p&lt;0,05);

– достоверные различия между данными «до РЦ» и «после РЦ» (p&lt;0,05).

Особенности формирования дискомфорта из-за развития проблем в сексуальной сфере у больных, перенесших РЦ, представлены в табл. 5.

Несмотря на сопоставимость суммарных оценок выраженности дискомфорта пациентов 1- и 2-й групп, пациенты 2-й группы более остро воспринимают постигшие их изменения в половой сфере и в большей мере

хотели бы избавиться от возникших расстройств. Отношение пациентов к проблемам социальной адаптации отражено в табл. 6. Данные табл. 6 показывают, что выраженность степени дискомфорта в группах сравнения была вполне сопоставима (p>0,05), хотя по отдельным аспектам пациенты 2-й группы чувствуют себя менее социально защищенными.

Таблица 6

Выраженность проблем социальной адаптации у больных после РЦ

№	Наименование симптомов и их оценка в баллах	1-я группа		2-я группа	
		абс.	%	абс.	%
1.	Как изменились Ваши семейные отношения после РЦ?				
1.1	3.*** Семья распалась (отношений нет)	-	-	4	12,5
1.2	2. Отношения ухудшились, чувствую себя «обуздой»	-	-	-	-
1.3	1. Внешне благополучные, но ощущаются отчужденность, неловкость и одиночество	4	13,8	4	12,5
1.4	0. Отношения остались прежними	11	37,9	17	53,1
1.5	+1. Отношения стали более теплыми, чувствую заботу и поддержку со стороны родных и близких	14	48,3	7	21,9*
2.	Получение инвалидности после операции				
2.1	4. I группа	4	13,8	5	15,6
2.2	3. II группа «неработающая»	15	51,7	15	48,9
2.3	2. II группа «работающая»	10	34,5	3	9,4*
2.4	1. III группа	-	-	9	28,1*
2.5	0. Инвалидности нет	-	-	-	-
3.	Оцените степень своей самостоятельности				
3.1	0. Я во всем обслуживаю себя сам	18	62,1	3	9,4*
3.2	1. Я сам себя обслуживать не могу и постоянно нуждаюсь в помощи посторонних	11	37,9	29	90,6*
4.	Работаете ли Вы в настоящее время?				
4.1	0. Да	10	34,5*	9	28,1*
4.2	1. Не работаю	19	65,5*	23	71,9*

Продолжение таблицы 6

О работе после операции цистэктомии:					
5.1	0. Продолжаю работать на прежнем месте	8	27,6	2	6,2*
5.2	1. Результат РЦ вынудил оставить прежнюю работу	1	3,4	9	28,1*
5.3	2. Поменял прежнюю работу на более легкую	1	3,4	2	6,2
5.4	3. Уволился с работы по другим причинам	2	6,9	4	12,5
5.5	4. Сейчас не работаю, но планирую работать	9	31,1	3	9,5*
5.6	5. После операции не работаю и не планирую	8	27,6	12	37,5
6. От чего в жизни Вам пришлось отказаться из-за неудобств, возникших вследствие перенесенной операции?					
6.1	2. От обычных любимых занятий	13	44,8	10	31,3
6.2	1. Частично отказался от некоторых любимых занятий	2	6,9	7	21,8
6.3	0. Быт значимо не изменился, живу активно	14	48,3	15	46,9
7.	Выраженность степени дискомфорта больных из-за проблем социальной адаптации после РЦ (баллы)	7,28±0,39		8,28±0,37	

\* Статистически достоверные различия между сравниваемыми группами (p&lt;0,05).

– статистически достоверные различия между данными «до РЦ» и «после РЦ» (p&lt;0,05).

Таблица 7

## Оценки самочувствия и качества жизни пациентов до и после РЦ

№	Наименование симптомов и их оценка в баллах	1-я группа		2-я группа	
		абс.	%	абс.	%
1.	Степень дискомфорта по общему самочувствию до РЦ (в баллах)	2,00±0,09		2,38±0,09*	
2.	Как Вы оцениваете свое общее самочувствие после операции (аппетит, физическая активность, настроение и пр.) в сравнении с периодом до РЦ				
2.1	+1. С ухудшением	-	-	7	21,9*
2.2	0. Без перемен	14	48,3	4	12,5*
2.3	-1. С улучшением	15	51,7	21	65,6
2.4	Изменение уровня дискомфорта (в баллах)	-0,52±0,05		-0,44±0,10	
2.5	Уровень дискомфорта по общему самочувствию после РЦ	1,48±0,10*		1,94±0,17**	
4.	Как Вы оцениваете свою жизнь в целом (качество жизни) после РЦ?				
4.1	3. Неудовлетворительно	-	-	3	9,4
4.2	2. Удовлетворительно	18	62,0	20	62,5
4.3	1. Хорошо	11	38,0	9	28,1
4.4	Степень дискомфорта по качеству жизни в целом после операции цистэктомии (в баллах)	1,62±0,05		1,81±0,10	
5.	Как результат операции РЦ изменил Вашу жизнь в целом?				
5.1	-1. Качество моей жизни улучшилось	-	-	-	-
5.2	0. Качество жизни значимо не изменилось	7	24,2*	-	-
5.3	1. В связи с перенесенной РЦ жизнь изменилась сильно, но я вполне адаптировался (ась)	17	58,6	13	40,6
5.4	2. Жизнь сильно изменилась и я с трудом мирюсь с возникшими неудобствами	4	13,8	19	59,4*
5.5	3. Жизнь после РЦ значительно ухудшилась	1	3,4	-	-
5.6	4. Жизнь после РЦ стала невыносимой	-	-	-	-
5.7	Увеличение дискомфорта по качеству жизни в целом после РЦ (в баллах)	0,97±0,13		1,59±0,04*	

\* Статистически достоверные различия между группами сравнения (p&lt;0,05).

– статистически достоверные различия между данными «до РЦ» и «после РЦ» (p&lt;0,05).

При анкетировании пациентам задавались также прямые вопросы о самочувствии и качестве жизни и тенденциях их изменения после РЦ (табл. 7).

Анализ полученных данных свидетельствует о более заметном снижении качества жизни в субъективных оценках пациентов 2-й группы по сравнению с больными 1-й группы: это проявляется в субъективных оценках общего самочувствия, в оценке качества жизни после операции и, в определенной мере, в степени дискомфорта из-за проблем с социальной адаптацией. При этом сравнение субъективных оценок соматического статуса пациентов не выявило существенных различий между группами. Поэтому выявленные различия между пациентами 1- и 2-й групп в оценках общего самочувствия, качества жизни и социальной дезадаптации могут быть обусловлены возрастными-психологическими особенностями восприятия больными своего положения, которое для «более молодых» пациентов 2-й груп-

пы при сопоставимых уровнях соматического нездоровья оценивается как более катастрофическое и тяжелое. Это достаточно наглядно проявляется при оценке дискомфорта, вызванного сексуальными проблемами у прооперированных больных. Так, более молодые и потому более сексуально активные до операции пациенты 2-й группы тяжелее переносят отсутствие половой активности после операции и среди них вдвое больше лиц, желающих избавиться от возникших проблем. На наш взгляд, именно возрастные особенности (более молодой возраст и неистраченный жизненный потенциал) пациентов 2-й группы несколько утяжеляют характер субъективных оценок степени их дискомфорта в рассматриваемых аспектах жизнедеятельности. Более пожилые больные 1-й группы на фоне объективного возрастного снижения уровня социальной активности, вероятно, оказались более терпимы к возникшим неудобствам и уменьшенному жизненному комфорту: именно поэтому среди них больше

лиц, уверяющих об отсутствии значимых изменений в качестве жизни или о полной адаптации к изменившимся условиям.

В заключение следует отметить, что в обеих группах на вопрос: «Если бы Вы еще не оперировались, а операция только предстояла бы, то с учетом установленного Вам диагноза и с учетом всех тех послеоперационных изменений, о которых Вы уже знаете, дали бы Вы согласие на эту операцию?». Все опрошенные пациенты в 1- и 2-й группах (100,0%) ответили утвердительно.

**Заключение.** При объективно более тяжелом положении пациентов с илеоконду-

итом (с учетом тяжести их заболевания, возраста и сопутствующих заболеваний) их субъективная оценка своего состояния и качества жизни может быть сопоставима с уровнем субъективной оценки более «молодых» пациентов с ортотопической деривацией мочи. Более неблагоприятные субъективные оценки последними своего самочувствия и качества жизни создают проблему недостаточной психологической подготовки этих больных к условиям жизни «после РЦ» и последующего их психологического сопровождения в системе длительного послеоперационного мониторинга.

*Сведения об авторах статьи:*

**Коган Михаил Иосифович** – профессор, д.м.н., зав. кафедрой урологии и репродуктивного здоровья человека с курсом детской урологии-андрологии ФПК и ППС ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России. Адрес: 344022, г. Ростов-на-Дону, переулок Нахичеванский, 29.

**Иванников Виктор Викторович** – врач-уролог отделения урологического клиники ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России. Адрес: 344022, г. Ростов-на-Дону, переулок Нахичеванский, 29. E-mail: ivannikov\_vv@rostgmu.ru.

**Васильев Олег Николаевич** – к.м.н., ассистент кафедры урологии и репродуктивного здоровья человека с курсом детской урологии-андрологии ФПК и ППС ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России. Адрес: 344022, г. Ростов-на-Дону, переулок Нахичеванский, 29.

**Перепечай Вадим Анатольевич** – д.м.н., доцент кафедры урологии и репродуктивного здоровья человека с курсом детской урологии-андрологии ФПК и ППС ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России. Адрес: 344022, г. Ростов-на-Дону, переулок Нахичеванский, 29.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Pricic, A. Complications After Ileal Urinary Derivations / A. Pricic, E. Begic. // Journal of the Academy of medical sciences in Bosnia and Herzegovina, 2017, v. 71 (5), p. 320-324.
2. Meller, AE Complications in radical cystectomy performed at a teaching hospital/ AE Meller, LJ Nesrallah, MF Dall'Oglio, [et al.] // IntBraz J Urol. 2002. – V. 28. – P: 522-5.
3. Novotny, V Perioperative complications of radical cystectomy in a contemporary series/ Novotny V, Hakenberg OW, Wiessner D. // EurUrol. 2007. – V. 51. – P:397-402.
4. Chahal, R. A study of the morbidity, mortality and long-term survival following radical cystectomy and radical radiotherapy in the treatment of invasive bladder cancer in Yorkshire/ Chahal R, Sundaram SK, Iddenden R, [et al.] // EurUrol. – 2003. – V. 43. – P: 246-57.
5. Meyer, JPA three-centre experience of orthotopic neobladder reconstruction after radical cystectomy: revisiting the initial experience, and results in 104 patients/ Meyer JP, Blick C, Arumainayagam N. // BJU Int. – 2009. – P:103:680-3.
6. Hollenbeck BK Identifying risk factors for potentially avoidable complications following radical cystectomy/ Hollenbeck BK, Miller DC, Taub D, [et al.] // J Urol. 2005. – V. 174. – P:1231-7.
7. Wei Shen Tan, Complications of Radical Cystectomy and Orthotopic Reconstruction/ Wei Shen Tan, Benjamin W. Lamb, and John D. Kelly. // Advances in Urology. – 2015. – Article ID 323157, 7 pages.
8. Красный, С.А. Предикторы ранних тяжелых осложнений радикальной цистэктомии / С.А. Красный, О.Г. Суконок, С.Л. Поляков С.Л. [и др.] // Онкоурология. – 2010. – № 4. – С. 42-47.
9. Коган, М.И. Послеоперационные осложнения: роль в выживаемости больных после радикальной цистэктомии и их влияние на послеоперационную летальность/ М.И. Коган, О.Н. Васильев, В.А. Перепечай // Медицинский вестник Юга России. – 2014. – № 1. – С. 58-64.
10. Farnham, S.B. Surgical complications of urinary diversion/ Farnham SB, Cookson MS // World J Urol. – 2004. – V. 22. – P:157-67.
11. Chang, SS Causes of increased hospital stay after radical cystectomy in a clinical pathway setting/ Chang SS, Baumgartner RG, Wells N, [et al.] // J Urol. – 2002. – P:167:208-11.
12. Lowrance WT, Rumohr JA, Chang SS, [et al.] Contemporary Open Radical Cystectomy: Analysis of Perioperative Outcomes/ WT Lowrance, JA Rumohr, SS Chang [et al.] // The Journal of Urology. – 2008. – V. 179. – P:1313-18.
13. Cheung MT. Complications of an abdominal stoma: an analysis of 322 stomas/ M.T. Cheung // Aust N Z J Surg. – 1995. – P:65:808.
14. Lowrance, WT Urinary diversion trends at a high volume, single American tertiary care center/ WT Lowrance, JA Rumohr JA, Clark PE, [et al.] // J Urol. 2009;182:2369-74.
15. Madersbacher S, Schmidt J, Eberle JM, [et al.] Long-term outcome of ileal conduit diversion/ Madersbacher S, Schmidt J, Eberle JM, [et al.] // The Journal of Urology. – 2003. – V. 169. – P: 985-90.
16. Kulkarni JN Long-term results of orthotopic neobladder reconstruction after radical cystectomy/ JN Kulkarni, CS Pramesh. BJU International. 2003. – V. 91. – P: 485-8.
17. Simon J, Neobladder emptying failure in males: incidence, etiology and therapeutic options/ J. Simon, G. Jr. Bartsch, R. Kufer [et al.] // J Urol. – 2006. – P:176:1468.
18. Hautmann RE Long-term results of standard procedures in urology: The ileal neobladder/ Hautmann RE, Volkmer BG, Schumacher MC, [et al.] // World J Urol. – 2006. – V. 24. – P: 305-14.
19. Jensen JB. Complications and neobladder function of the Hautmann orthotopic ileal neobladder/ JB Jensen, F Lundbeck, KE Jensen // BJU Int. 2006. – V. 98. – P:1289-94.
20. Akerlund S. Voiding pattern, urinary volume, composition and bacterial contamination in patients with urinary diversion via a continent ileal reservoir/ S Akerlund, Berglund, Kock NG, [et al.] // Br J Urol. – 1989. – P:63:619.
21. Wood DP Incidence and significance of positive urine cultures in patients with an orthotopic neobladder/ DP Wood, Jr, Bianco, Jr, Pontes JE [et al.] // J Urol. – 2003. – P:169:2196.
22. Steers WD. Voiding dysfunction in the orthotopic neobladder. World J Urol. 2000;18:330.

## REFERENCES

1. Pricic, A. Complications After Ileal Urinary Derivations / A. Pricic, E. Begic. // Journal of the Academy of medical sciences in Bosnia and Herzegovina, 2017, v. 71 (5), p. 320-324.
2. Meller, AE Complications in radical cystectomy performed at a teaching hospital/ AE Meller, LJ Nesrallah, MF Dall'Oglio, [et al.] // IntBraz J Urol. 2002. – V.28. – P:522-5.
3. Novotny, V Perioperative complications of radical cystectomy in a contemporary series/ Novotny V, Hakenberg OW, Wiessner D. // EurUrol. 2007. – V.51. – P:397-402.
4. Chahal R. A study of the morbidity, mortality and long-term survival following radical cystectomy and radical radiotherapy in the treatment of invasive bladder cancer in Yorkshire/ Chahal R, Sundaram SK, Iddenden R, [et al.] // EurUrol. – 2003. – V.43. P:246-57.
5. Meyer, JPA three-centre experience of orthotopic neobladder reconstruction after radical cystectomy: revisiting the initial experience, and results in 104 patients/ Meyer JP, Blick C, Arumainayagam N. // BJU Int. – 2009. – P.103:680-3.
6. Hollenbeck BK Identifying risk factors for potentially avoidable complications following radical cystectomy/ Hollenbeck BK, Miller DC, Taub D, [et al.] // J Urol. 2005. – V.174. – P:1231-7.
7. Wei Shen Tan, Complications of Radical Cystectomy and Orthotopic Reconstruction/ Wei Shen Tan, Benjamin W. Lamb, and John D. Kelly. // Advances in Urology. – 2015. – Article ID 323157, 7 pages.
8. Krasnyj, S.A. Prediktory rannih tyazhelyh oslozhnenij radikal'noj cistektomii / S.A. Krasnyj, O.G. Sukonko, S. L. Polyakov S.L. [i dr.] // Onkourologiya. – 2010. – № 4. – s. 42-47. (In Russ).
9. Kogan, M.I. Posleoperacionnye oslozhneniya: rol' v vyzhivaemosti bol'nyh posle radikal'noj cistektomii i ih vliyanie na posleoperacionnyu letal'nost' / M.I. Kogan, O.N. Vasil'ev, V.A. Perepechaj // Medicinskij vestnik YUga Rossii. – 2014. – №1. – s. 58-64. (In Russ).
10. Farnham, S.B. Surgical complications of urinary diversion/ Farnham SB, Cookson MS // World J Urol. – 2004. – V.22. – P:157-67.
11. Chang, SS Causes of increased hospital stay after radical cystectomy in a clinical pathway setting/ Chang SS, Baumgartner RG, Wells N, [et al.] // J Urol. – 2002. – P:167:208-11.
12. Lowrance WT, Rumohr JA, Chang SS, [et al.] Contemporary Open Radical Cystectomy: Analysis of Perioperative Outcomes/ WT Lowrance, JA Rumohr, SS Chang [et al.] // The Journal of Urology. – 2008. – V.179. – P:1313-18.
13. Cheung MT. Complications of an abdominal stoma: an analysis of 322 stomas/ M.T.Cheung // Aust N Z J Surg. – 1995. – P:65:808.
14. Lowrance, WT Urinary diversion trends at a high volume, single American tertiary care center/ WT Lowrance, JA Rumohr JA, Clark PE, [et al.] // J Urol. 2009;182:2369-74.
15. Madersbacher S, Schmidt J, Eberle JM, [et al.] Long-term outcome of ileal conduit diversion/ Madersbacher S, Schmidt J, Eberle JM, [et al.] // The Journal of Urology. – 2003. – V.:169. – P: 985-90.
16. Kulkarni JN Long-term results of orthotopic neobladder reconstruction after radical cystectomy/ JN Kulkarni, CS Pramesh. BJU International. 2003. – V.91. – P:485-8.
17. Simon J, Neobladder emptying failure in males: incidence, etiology and therapeutic options/ J. Simon, G. Jr. Bartsch, R. Kufer [et al.] // J Urol. – 2006. – 176:1468.
18. Hautmann RE Long-term results of standard procedures in urology: The ileal neobladder/ Hautmann RE, Volkmer BG, Schumacher MC, [et al.] // World J Urol. – 2006. – V.24. – P:305-14.
19. Jensen JB. Complications and neobladder function of the Hautmann orthotopic ileal neobladder/ JB Jensen, F Lundbeck, KE Jensen // BJU Int. 2006. – V.98. – P:1289-94.
20. Akerlund S. Voiding pattern, urinary volume, composition and bacterial contamination in patients with urinary diversion via a continent ileal reservoir/ S Akerlund, Berglund, Kock NG, [et al.] // Br J Urol. – 1989. – P:63:619.
21. Wood DP Incidence and significance of positive urine cultures in patients with an orthotopic neobladder/ DP Wood, Jr, Bianco, Jr, Pontes JE [et al.] // J Urol. – 2003. – P:169:2196.
22. Steers WD. Voiding dysfunction in the orthotopic neobladder. World J Urol. 2000;18:330.

УДК 617-089:615.9

© Коллектив авторов, 2019

Е.К. Салахов<sup>1</sup>, А.П. Власов<sup>2</sup>, О.В. Маркин<sup>2</sup>,  
Н.С. Шейранов<sup>2</sup>, В.В. Шапов<sup>2</sup>, В.И. Давыдкин<sup>2</sup>

### ЭНДОГЕННАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБАХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО- ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

<sup>1</sup>ГАУЗ «Менделеевская центральная районная больница», г. Менделеевск  
<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный  
университет им. Н.П. Огарёва», г. Саранск

*Цель* – изучение эндогенной интоксикации в ассоциации с другими показателями гомеостатического статуса у пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями брюшной полости, оперированных различными оперативными доступами.

*Материал и методы.* Проанализированы результаты хирургического лечения 107 пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями брюшной полости. Основную группу составили 55 (51,4%) пациентов, у которых использовался мини-инвазивный операционный доступ – лапароскопия. Возраст пациентов составил от 22 до 76 лет (средний возраст 44,8±2,5 года). В гендерном составе преобладали мужчины – 28 (50,9%). В контрольную группу вошли 52 (48,6%) пациента, у которых применялась стандартная лапаротомия. Возраст пациентов этой группы колебался от 18 до 80 лет, средний возраст составил 45,6±2,5 года (p>0,05). Мужчин было 27 (51,9%) человек (p>0,05). Обе группы пациентов были сопоставимы по причинам развития распространенного перитонита.

*Результаты.* Сравнительный анализ показал, что в группе больных, перенесших малотравматичные операции, показатели гомеостатического статуса были менее продолжительными и выражены в меньшей степени, что выражалось в уменьшении явлений синдрома эндогенной интоксикации. Нами отмечено существенное снижение лейкоцитарного индекса интоксикации, уровня молекул средней массы и лактоферрина. Уменьшение уровня последнего в ранние сроки после операции у больных основной группы было меньше контрольного на 9,7% (p<0,05). При применении малотравматичных операций в раннем послеоперационном периоде отмечено существенное уменьшение выраженности окислительного стресса и активности фосфолипаз. Так, через сутки после операции содержание малонового диальдегида в плазме крови в ос-