

На правах рукописи

**ПРОХОЖЕВ
АЛЕКСАНДР ЮРЬЕВИЧ**

**ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ
ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ЦИСТЭКТОМИИ**

14.00.40 - урология

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание учёной степени
кандидата медицинских наук

Санкт-Петербург

2004

Работа выполнена на кафедре урологии ГОУ ВПО Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И. Мечникова МЗ РФ

Научный руководитель:
доктор медицинских наук, профессор
Комяков Борис Кириллович.

Официальные оппоненты:
доктор медицинских наук, профессор
Бабкин Павел Александрович,
доктор медицинских наук
Семенюк Андрей Александрович.

Ведущая организация: ГОУ ДГЮ «Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования».

Защита диссертации состоится «10» февраля 2005 года в 13 часов на заседании диссертационного совета Д 215.002.05 при Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова (194044, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6).

С диссертацией можно ознакомиться в фундаментальной библиотеке Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова.

Автореферат разослан «23» декабря 2004 г.

Ученый секретарь диссертационного совета
доктор медицинских наук, профессор

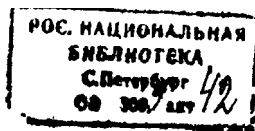
Цвелёв Юрий Владимирович

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы. В последнее время отмечается рост онкологических заболеваний, в том числе рака мочевого пузыря (РМП), который составляет около 70 % опухолей мочевых органов [Яненко Э.К. и соавт., 1998, Матвеев Б.П. и соавт., 2001]. Основным методом лечения больных инвазивным РМП остаётся хирургический, а единственной радикальной операцией является цистэктомия с лимфаденэктомией и рационально выбранным методом деривации мочи [Лопаткин Н.А. и соавт., 1999, 2003; Даренков С.П. и соавт., 2003; Stein J.P. et al., 2001]. В большинстве стран это единственное оперативное вмешательство, производимое при инвазивном раке. Выполненная на ранних стадиях, радикальная цистэктомия (РЦ) даёт оптимальные результаты [Переверзев А.С., Петров С.Б., 2002; Skinner D.G. et al., 1998; Dalbagni G. et al., 2001; Oosterlinck W. et al., 2001]. Однако существует и неудовлетворенность этой операцией, что связано не только со сложностью её выполнения, но и нередко с плохими отдалёнными результатами.

Полное удаление мочевого пузыря при раке всегда подразумевает необходимость выполнения адекватной деривации мочи - только в этом случае онкологически оправданный радикализм не может подвергаться сомнениям. Отсутствие идеальных методов надпузырного отведения мочи препятствует распространению цистэктомии, несмотря на большое количество описанных и применяемых на практике операций [Морозов А.В. и соавт., 2000, 2004; Гоцадзе Д.Т., 2003; Фигурин К.М., 2003; Комяков Б.К. и соавт., 1996, 2003, 2004; Наш D, 1996; Studer U. et al., 1998; Hautmann R. et al., 1999]. Разработка наиболее совершенных из них, позволяющих расширить показания к РЦ, является одним из ведущих направлений, требующих развития в хирургии РМП [Лопаткин Н.А., 1995, 2003]. С этих позиций очевидна необходимость объективной оценки данного оперативного вмешательства и изучение его отдалённых результатов у больных с различными методами деривации мочи.

Определение «качества жизни» (КЖ) считается одним из важных критериев оценки эффективности лечения в онкологии - вторым после выживаемости [Ионова Т.И. и др., 2000]. Изучение этого понятия как многомерной интегрированной характеристики жизни человека позволяет получить ценную информацию об индивидуальной реакции его на болезнь, проводимое лечение и ведёт к формированию новых подходов к этому



лечению [Блинов Т.И. и др., 1996; Breslin S., 1991; Fraser S.C., 1993; Loprinzi C.R. et al., 1994]. У больных, перенесших цистэктомию, оценка КЖ в последние годы приобрела огромное значение прежде всего в аспекте совершенствования методов деривации мочи [Даренков С.П. и соавт., 2003; Комяков Б.К. и соавт., 2003, 2004; Cadwick D.G. et al., 1990; Studer U. et al., 1997; Gerharz E.W. et al., 1997; Hautmann R. et al., 1993, 1998; Hart S. et al., 1999]. Однако в нашей стране этот вопрос остаётся малоизученным.

Таким образом, необходимость оценки отдалённых результатов радикального оперативного лечения больных РМП, в том числе в плане качества их жизни, определяет актуальность настоящей работы.

Цель работы: Изучить отдалённые результаты и качество жизни у больных раком мочевого пузыря после радикальной цистэктомии с различными методами деривации мочи.

Задача исследования:

1. Оценить отдалённые осложнения после радикальной цистэктомии в зависимости от метода деривации мочи;
2. Изучить состояние уродинамики верхних и нижних мочевыводящих путей у больных после РЦ с различными методами надпузырного отведения мочи;
3. Исследовать частоту рецидивирования, пятилетнюю выживаемость у больных РМП после радикальной цистэктомии;
4. Провести сравнительную оценку различных методов суправезикальной деривации мочи после РЦ;
5. Изучить качество жизни больных РМП после РЦ в зависимости от метода деривации мочи и других факторов;
6. Определить прогностическое значение КЖ больных после РЦ.

Научная новизна. Впервые на большом клиническом опыте изучены отдалённые результаты РЦ с различными методами суправезикальной деривации мочи у больных РМП. Доказана необходимость ранней первичной РЦ при инвазивных опухолях мочевого пузыря. Обосновано резкое сужение показаний к инконтинентным методам деривации мочи. С позиций качества жизни доказано, что ортотопический мочевой пузырь является методом выбора деривации мочи у больных РМП после РЦ. Подтверждена активная хирургическая тактика при поздних осложнениях суправезикальной деривации мочи. Впервые изучено КЖ больных, перенесших цистэктомию с различными методами деривации мочи. Доказана важность включения категории качества жизни в факторы, влияющие на выживаемость, при этом

показана важность её самооценки больными в первые месяцы после цистэктомии. Подчёркнута необходимость учёта КЖ при выборе хирургической тактики вообще и метода деривации мочи в частности у больных РМП и доказано её прогностическое значение.

Практическая значимость работы. Уточнены показания и противопоказания к цистэктомии - границы операбельности, пути выбора оптимальных методов деривации мочи и этапность их выполнения в зависимости от исходного состояния уродинамики ВМП и общего состояния больных. Доказано преимущество метода Mainz pouch II при наличии противопоказаний к ортотопическому мочевому пузырю, показана оригинальная модификация этой операции. Определены приоритетные варианты ортотопического мочевого пузыря: по Hautmann и Studer, показана целесообразность внедрения гастроцистопластики в клиническую практику. Намечены пути профилактики кишечной непроходимости после цистэктомии с деривацией мочи. Разработаны опросные листы для пациентов, перенесших цистэктомию, и предложены к широкому применению. Обращено внимание на необходимость длительного наблюдения и психологической реабилитации больных после цистэктомии.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Результаты цистэктомии нельзя рассматривать вне методов деривации мочи, однако их выбор должен быть подчинён радикальности лечения и качеству жизни пациента.
2. Континентные методы деривации мочи при цистэктомии являются предпочтительными как наиболее физиологичные и обеспечивающие наилучшее качество жизни.
3. Создание ортотопического мочевого пузыря является приоритетным методом деривации мочи при цистэктомии с точки зрения обеспечения лучшего качества жизни пациентам, получающим возможность самостоятельного мочеиспускания.
4. Осложнения и летальность в отдалённые сроки после цистэктомии обусловлены стадией рака мочевого пузыря, рецидивами заболевания и осложнениями деривации мочи.
5. Отдалённые результаты и выживаемость после цистэктомии зависят от стадии опухоли, метода деривации мочи и связаны с качеством жизни после оперативного вмешательства.

6. Категория качества жизни имеет важное прогностическое значение после радикальной цистэктомии и коррелирует с выживаемостью после операции.

Внедрение в практику. Тактические и технические решения, разработанные в диссертации, внедрены в клиническую практику урологических отделений городских больниц №№ 2, 3, 26, ЦМСЧ № 122, клиники урологии Санкт-Петербургской государственной медицинской академии имени И.И. Мечникова. Результаты исследования используются в преподавании урологии в учебных программах лечебного факультета и при подготовке интернов, клинических ординаторов и усовершенствовании врачей-урологов по программе факультета последиplomного образования на кафедре урологии Санкт-Петербургской государственной медицинской академии имени И.И. Мечникова.

Апробация работы. Материалы диссертации доложены на заседании проблемно-экспертного совета Государственной медицинской академии имени И.И. Мечникова по хирургии и смежным специальностям (СПб., 2004); Всероссийской научной конференции с участием стран СНГ (Обнинск, 1997) научно-практической конференции «Рак мочевого пузыря» (Ростов-на-Дону, 1998); 851 и 865-м заседаниях Санкт-Петербургского научного общества урологов им С.П. Федорова (СПб., 2001, 2003); Межобластной научно-практической конференции урологов и хирургов (Новгород, 2002); научной конференции в честь 10-летия Городской многопрофильной больницы № 2 (СПб., 2003); III-ем Международном конгрессе по реконструктивной урологии (Гамбург, 2003); XI Международной научно-практической конференции «Рак мочевого пузыря» (Харьков, 2003); V-ой Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы лечения онкоурологических заболеваний» (Обнинск, 2003), XXVII конгрессе Международной ассоциации урологов (Гонолулу, 2004).

Публикации. По теме диссертации опубликовано 17 научных работ.

Объём и структура диссертации. Диссертация изложена на 191 странице, состоит из введения, обзора литературы, 5 глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций и указателя литературы. Работа иллюстрирована 29 таблицами и 30 рисунками. Библиографический указатель включает 404 источника, из них 145 отечественных и 259 иностранных.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования.

Настоящая работа основана на изучении результатов радикальных цистэктомий с различными методами суправезикальной деривации мочи, выполненных по поводу рака мочевого пузыря 170 больным в урологической клинике Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И. Мечникова на базе урологического отделения городской многопрофильной больницы № 2 с 1995 по 2004 гт. Мужчин было 145 (85,3%), женщин 25 (14,7%). Возраст пациентов колебался от 37 до 72 лет и в среднем составил $57,2 \pm 0,3$ лет.

Наиболее частыми локализациями опухолей были боковая стенка мочевого пузыря - у 18,2 % пациентов, а также дно и область мочепузырного треугольника - у 14,1%. В области задней стенки, шейки и верхушки опухоли были обнаружены соответственно у 6,5%, 4,7% и 1,8%, в области передней стенки - лишь у двух больных. Множественное поражение стенки мочевого пузыря (m) отмечено у 91 (53,5%) больного. С локализацией опухоли была связана степень обструкции ВМП.

Таблица 1

Распределение больных раком мочевого пузыря в соответствии с классификацией pTNM

Первичная опухоль (pT)	Регионарные лимфоузлы (pN) и отдаленные метастазы (pM)						Количество больных	
	pN ₀		pN ₁		pN ₂		абс.	%
	pM ₀	pM ₁	pM ₀	pM ₁	pM ₀	pM ₁		
pT ₁	5	-	-	-	-	-	5	2,9
pT _{2a}	28	-	-	-	-	-	28	16,5
pT _{2b}	34	-	4	1	3	-	42	24,7
pT _{3a}	34	-	9	-	4	-	47	27,6
pT _{3b}	24	-	8	-	2	-	34	20,0
pT _{4a}	7	-	5	1	2	-	14	8,2
Всего	132	-	26	2	10	-	170	100,0

Поверхностный рак мочевого пузыря имел место у 2,9% больных, а инвазивный у 97,1% пациентов. Рецидивная опухоль (r) выявлена у 72 (42,4%) больных. Адювантная химио- и лучевая терапия была проведена 24 (14,1%) пациентам.

Переходно-клеточный рак выявлен у 152 (89,4 %) больных, из них высокодифференцированный (G1) - у 59, умеренно - (G2) - у 71, низкодифференцированный (G3) - у 22. Плоскоклеточный рак имел место у 13 (7,6 %) пациентов: умереннодифференцированный - у 7, низкодифференцированный - у 5, высокодифференцированный - у 1 больного. Недифференцированный рак (G4) отмечен у 5 (2,9 %) пациентов.

У 66 (38,8%) больных уродинамика ВМП была не изменена; одно- и двусторонней гидроуретеронефроз был отмечен у 83 (48,8%) и отсутствие функции почки - у 21(12,4%) пациента. Хронический пиелонефрит (ХП) был выявлен у 119 (70,0%) больных. Суммарная функция почек до РЦ была нарушена у 90 (52,9%) пациентов. Сопутствующую патологию имели 152 (89,4%) больных.

Все больные подвергались клиническим, лабораторным, рентгенологическим, радиологическим, ультразвуковым, инструментальным, эндоскопическим и морфологическим методам исследования. Использовались лабораторные клиренс-тесты, бимануальная пальпация, экскреторная урография с нисходящей цистографией, ультрасонография, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография органов брюшной полости, забрюшинного пространства и органов таза, цистоскопия под наркозом с ТУР-биопсией, статическая и динамическая скintiграфия, отдельным больным - пиелоуретероманометрия, электроуретерография, инфузионная динамическая пиелоуретероскintiграфия и фиброгастроуденоскопия.

В основу исследования качества жизни больных после РЦ был положен опрос пациентов путём заполнения ими специальных карт, составленных нами с учётом специфики жизни после цистэктомии с различными методами деривации мочи. В качестве международного стандарта мы взяли опросные листы 2 EORTC QLQ-C30 и 4 FACT-G, к которым добавляли свой модуль.

Результаты исследования и их обсуждение.

Показаниями к РЦ являлись: наличие первичного или рецидивного РМП в стадии $T_1N_0M_0$ с мультифокальным поражением уротелия и низкой степенью дифференцировки опухолевых клеток (G3-G4) или рак *in situ*; инвазивный рак и опухоли с большей степенью инвазии при $N_{0,x}M_0$; опухоли, резистентные к интравезикальной терапии (Ta, G3-G4). У 4 (2,4%) больных РЦ выполнялась по поводу опухоли мочевого пузыря, возникшей благодаря

распространению опухоли уретелия ВМП. Методы суправезикальной деривации мочи у оперированных нами больных приведены в таблице 2.

Таблица 2

Методы суправезикальной деривации мочи при радикальной цистэктомии

Метод деривации мочи	Количество больных	
	абс.	%
Уретерокутанеостомия, ТУУН	12	7,1
Уретеросигмоанастомоз:		
- по Goodwin-Belt-Sorrentino	28	16,5
- по Mainz-pouch II	17	10,0
Ортотопический мочевого пузыря:		
- по Hautmann	27	15,9
- по Studer	43	25,3
- S-образная пластика	19	11,2
- гастроцистоластика	24	14,1
Всего больных	170	100,0

Как следует из таблицы, превалировали континентные методы деривации мочи, которые были выполнены у 158 (92,9%) больных, из них создание искусственного ортотопического мочевого пузыря с сохранением самостоятельного мочеиспускания - у 113 (66,5%) больных. Всем больным перед РЦ производилась ТУР стенки мочевого пузыря с опухолью, также выполнялась «холодная» биопсия слизистой задней уретры для исключения её опухолевого поражения. Во время удаления мочевого пузыря проводили срочное гистологическое исследование края резецированной уретры при локализации опухоли в шейке мочевого пузыря: обнаружение бластоматозного роста в уретре служило показанием к её удалению и делало невозможным ортотопическую цистоластику.

Среди наблюдаемых нами больных осложнения в различные сроки после операции развились у 58 (34,1%). Они были обусловлены операционной травмой у 23 (13,5%), методом деривации мочи - у 21 (12,4%) и обоими этими факторами - у 14 (8,2%) пациентов. Ближайшие осложнения возникли у 35 (20,6%) больных. От них во многом зависели отдалённые результаты РЦ и качество жизни после нее. Отдалённые осложнения наблюдались у 23 (13,5%) пациентов в сроки от 3 месяцев до 4 лет после РЦ и были преимущественно связаны с суправезикальной деривацией мочи. У 2 больных развились стриктуры мочеточниково-кишечного анастомоза, у 1 -

стриктура мочеточниково-кожного анастомоза. У 4 сформировалась стриктура уретрокишечного анастомоза, в том числе у одного - через 1,5 года после илеоцистопластики по Hautmann выполнена ТУР рубцовой ткани с удалением лигатурных камней артифициального мочевого пузыря, у другого - через 8 месяцев после илеоцистопластики по Studer и предварительной эпицистостомии наложен вторичный анастомоз между уретрой и кишечным резервуаром. У 1 пациента возник свищ сигмовидной кишки, потребовавший повторной операции. Кишечно-мочеточниковый рефлюкс имел место у 2 пациентов с уретеросигмоанастомозом (УСА). У одного больного в связи с формированием стриктуры мочеточниково-кишечного анастомоза в отдалённые сроки после операции по Mainz-rouch II произведён реуретеросигмоанастомоз. У другого пациента через 6 месяцев после S-образной пластики в связи с выявлением рецидива новообразования выполнена уретерокутанеостомия (УКС). Образование свища в правой паховой области через несколько лет после УСА наблюдалось у одного больного. У 2 пациентов с УКС имел место стойкий рецидивирующий ХП, явления хронической почечной недостаточности (ХПН). Спаечная кишечная непроходимость возникла у 2 больных, что потребовало релапаротомии. Полное недержание мочи наблюдалось у одного больного, метаболический ацидоз - у 5 пациентов.

В различные сроки после операции умерли 44 (25,9%) больных, из них в раннем послеоперационном периоде 5 (2,9%) человек: 2 — от ТЭЛА, 1 - от желудочного кровотечения, 1 - от сепсиса, обусловленного забрюшинной флегмоной в результате некроза выведенного на кожу мочеточника, 1 - от сердечно-лёгочной недостаточности после релапаротомии по поводу острой кишечной непроходимости. Летальность в течение 6 месяцев после операции составила 10,0% - 17 человек: у 6 (3,5%) она была связана с операционной травмой, у 4 (2,4%) - с методом деривации мочи, прогрессирование опухолевого процесса как причина смерти имела место у 5 (2,9%), другие причины - у 2 (1,2%) больных. Летальность спустя 6 месяцев после операции составила 15,9% - 27 человек, при этом она была связана с рецидивами рака - у 14 (8,2%), с осложнениями деривации мочи - у 8 (4,7%) и с другими заболеваниями - у 5 (2,9%) больных. Подавляющее большинство (97,7%) пациентов скончалось в течение 1,5 лет после РЦ.

В ранние сроки после операции погибли больные, у которых были выявлены отдалённые метастазы в печени. Умерли все 14 больных в стадии pT4N₀₋₁₋₂M₀₋₁, у 7 из них отмечалось поражение регионарных лимфоузлов и

отдалённые метастазы. Среди умерших в разные сроки после РЦ стадия $pT_{3a}N_{0-1-2}M_0$ имела место у 12 больных и $pT_{3a}N_{0-1-2}M_0$ у 12, из которых у 11 выявлено поражение регионарных лимфоузлов; стадия $pT_{2a}N_{0-1-2}M_0$ - у 6, из которых 3 имели поражение регионарных лимфоузлов и 1 - отдалённые метастазы. Низкодифференцированный рак G3 отмечен в 20 случаях из 27 (74,1%), установленном при гистологическом заключении.

Таблица 3

Причины летальности после радикальной цистэктомии с различными методами деривации мочи

Причины летальности	Уточнённая причина смерти и число больных	Количество больных		% от всех
		абс.	%	
Прогрессирование, рецидив рака	$pT_{2a}N_1M_1 - 1$; $pT_{3a}N_1 - 1$; $pT_{3a}N_2 - 2$; $pT_{3a}N_0 - 1$; $pT_{3a}N_1 - 1$; $pT_{3b}N_2 - 1$; $pT_{4a}N_0 - 5$; $pT_{4a}N_1 - 5$; $pT_{4a}N_2M_0 - 1$; $pT_{4a}N_1M_1 - 1$	19	43,2	11,2
Метод деривации мочи (ХПН, уросепсис)	УКС - 4 УСА - 5 Mainz-pouch II - 1 S-образная - 1 по Studer - 1	12	27,3	7,1
Операционная травма	ТЭЛА - 2; О. кишеч. непроходимость - 2; Желудочное кровотечение - 1 Кишечный свищ - 1	6	13,6	3,5
Другие заболевания	Сердечно-лёгочная нед-ть - 1; Острый инфаркт миокарда - 2; Острое нарушение мозгового кровообращения - 1; Кишечная непроходимость иной этиологии - 1; Пневмония - 2	7	15,9	4,1
Всего		44	100,0	25,9

Летальность вследствие операционной травмы отмечалась в послеоперационном периоде, лишь у 1 больного спустя 3,5 месяца после РЦ с УСА образовался кишечный свищ, приведший к перитониту и смерти.

Приведшие к смерти осложнения суправезикальной деривации мочи в виде прогрессирования ХПН и уросепсиса приведены в таблице 3. Худшие результаты отмечены при УКС, когда смерть в отдельных наблюдениях наступала через 2-4 месяца, и при билатеральном УСА у больных с нарушениями уродинамики или при его осложнениях. Высокая летальность была причиной поздней обращаемости больных и относительно большого числа тех, операбельность которых была сомнительной.

Прогрессирование опухолевого процесса после РЦ наблюдались у 21 (12,4%) больного. Относительно высокий процент рецидивов объясняется немалым числом (8,2%) пациентов в стадии $pT_{4b}N_{0-1-2}M_0$, с поражением регионарных лимфоузлов, в единичных случаях - с метастазами, и предыдущими безуспешными органосохраняющими операциями в других стационарах.

У 2 больных метастазы были выявлены интраоперационно и удалены, однако это не предотвратило рецидива злокачественного процесса в течение полугода. Ещё у 3 больных рецидив возник в те же сроки в стадии $pT_{3a}N_{0-1-2}M_0$. У 16 пациентов рецидивы рака появились в сроки от 6 месяцев до 1 года после операции. При прорастании опухоли в близлежащие органы радикальная цистопростатэктомия с прилегающей брюшиной и паравезикальной клетчаткой и обязательным иссечением регионарных лимфоузлов не увенчалась успехом. Однако при этом она была оправдана в случае осложнённого рака мочевого пузыря (у больной с мочевым свищом). Среди больных с выявленными рецидивами рака живы двое: в стадии $pT_{3a}N_0M_0G_3$ и в стадии $pT_{3a}N_0M_0G_3$.

Из всех больных, оперированных по поводу инвазивного РМП, живы 126 (74,1%) человек: мужчин - 105 (83,3%), женщин - 21 (16,7%). Из них в стадии pTj - все 5 (2,9%) пациентов, 64 (37,6%) пациентов в стадии $pT_{2a,b}N_{1-2}M_0$, в том числе с поражением регионарных лимфоузлов - 4; 35 (20,0%) больных стадии в стадии $pT_{3a}N_{1-2}M_0$, из них pN_{1-2} -7, и 22 (12,9%) больных в стадии $pT_{3a}N_{1-2}M_0$, в том числе 5 - с поражением лимфоузлов. У 112 (88,9%) был переходноклеточный рак, у 8 (6,3%) - плоскоклеточный, и у 2 (1,6%) больных - недифференцированный. Низкодифференцированный рак G3 имел место в 7 из 27 случаев, установленном при гистологическом заключении (25,9%), высокодифференцированный d - в 48 из 60 случаев (80,0%).

Суправезикальная деривация мочи у выживших пациентов в конечном счёте осуществлялась: у 4 - УКС, у 1 - ТУУН, у 12 - УСА в непрерывную кишку, у 11 - по методу Mainz-pouch II, у 23 - илеоцистопластикой по

Hautmann, у 16 - S-образной пластикой, у 37 - по Studer и у 22 пациентов - в ортотопический мочевой пузырь из сегмента желудка. Таким образом, континентные методы деривации мочи выполнены у 121 (96,0%) больного.

В анализ общей пятилетней выживаемости был включён 51 пациент, последний из которых был оперирован в декабре 1999 года. За этот период выжило 22 больных - 43,1%. Методом регрессионного анализа построены модели функции продолжительности жизни в зависимости от факторов, влияющих на выживаемость. Для удобства восприятия материала результаты представлены в виде таблиц дожития Каплана-Мейера.

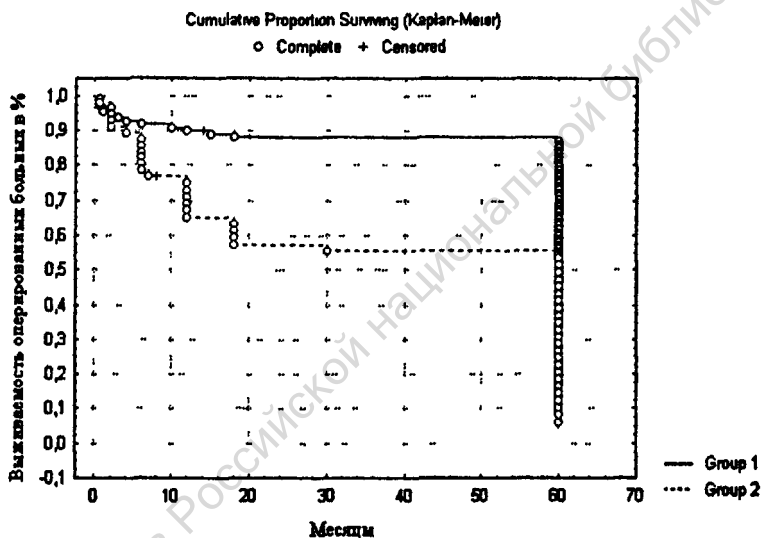


Рис. 1. Пятилетняя выживаемость больных, перенесших РЦ с деривацией мочи в ортотопический мочевой пузырь.

Пятилетняя выживаемость пациентов, перенесших РЦ с деривацией мочи в ортотопический мочевой пузырь (группа 1) составила 89,0% по сравнению с оперированными другими методами 56,0% ($p < 0.001$). Начиная с 6 месяца после операции, происходит динамичное снижение выживаемости и к 30 месяцу она достигает 56,0%. В группе больных с деривацией мочи на кожу пятилетняя выживаемость составила 44,0%, что почти в 2 раза меньше (80,0%) по сравнению с группой больных РМП, перенесших РЦ с другими методами деривации мочи ($p < 0.001$). Схожая тенденция прослеживается при анализе выживаемости в группе больных, перенесших РЦ с деривацией мочи

в непрерывную кишку: пятилетняя выживаемость больных в этой группе составила 59,0%, что высокодостоверно отличается от данного показателя в группе больных с другими методами деривации мочи (83,0%; $p < 0.001$). Таким образом, с точки зрения оценки пятилетней выживаемости больных, наиболее оптимальной является деривация мочи в ортотопический мочевого пузыря. При деривации мочи в два этапа пятилетняя выживаемость больных была хуже и составила 68,0%, что статистически значимо отличалось от группы больных, оперированных одномоментно, где она была 79,0%.

На ранних стадиях РМП выживаемость оперированных больных была высокой. В стадии $pT_1N_0M_0$ - 100,0%. В стадии $pT_{2a}N_xM_x$ выживаемость составила 89,0%, по сравнению с 76,0% в остальных группах ($p < 0.05$). Смертность пациентов пропорционально возрастала с увеличением стадии опухоли. Смертность оперированных больных с РМП в стадии $pT_{4b}N_xM_x$ через 6 месяцев после операции составила 50%, а к 12 месяцу после операции все 100,0% оперированных больных умерли. В группе больных с высоко- и умереннодифференцированным раком (G1 и G2) выживаемость составила 80%, что статистически значимо отличалось от выживаемости в группе больных с низко- и недифференцированным раком - (G3 и G4) - 61,0% ($p < 0.001$).

В группе больных, оперированных по поводу РМП, имеющих нарушения уродинамики ВМП и страдающих ХП, пятилетняя выживаемость была на 20,0% ниже по сравнению с группой больных без пиелонефрита (68,0% и 88,0% соответственно $p < 0.001$). У пациентов, у которых в раннем послеоперационном периоде развились осложнения, выживаемость составила 60,0%, что было достоверно ниже по сравнению с группой пациентов, у которых осложнения развились в позднем послеоперационном периоде (77,0%; $p < 0.05$).

Пятилетняя выживаемость больных, поступивших с рецидивным раком, составила 60,0%, что статистически значимо отличалось от группы больных без рецидивного рака (90,0%; $p < 0.001$). Это доказывает необходимость выполнения первичной РЦ при инвазивном раке. Фактором, существенно влияющим на выживаемость оперированных больных, по данным нашего исследования, является рецидив рака мочевого пузыря после РЦ. Так, выживаемость в группе больных с рецидивом рака мочевого пузыря составила 14,0% в сравнении с 86,0% в группе больных, у которых не было рецидива опухоли ($p < 0.001$). Пятилетняя скорректированная выживаемость

после РЦ - истинная картина выживаемости при РМП - для всех 170 пациентов составила 56,8%.

Деривация мочи на кожу при РЦ в окончательном варианте осуществлялась: УКС - у 10 (5,9%) пациентов, из которых живы 4 (2,4%); трансуретероуретеронефростомия (ТУУН) - у 2 (1,2%), из которых жив 1 (0,74%). УКС выполнялась обычно с обеих сторон у ослабленных больных с продолжающейся гематурией, при нарушениях уродинамики ВМП и обострении ХП: у 7 - как окончательная операция и в качестве первого этапа отведения мочи - у 6 пациентов, а также при повторных восстановительных операциях в связи с осложнениями. При выраженных уродинамических нарушениях всегда предпочитали ЧПНС. Поэтому именно тяжесть состояния больного определяла показания к УКС или не позволяла усовершенствовать этот метод деривации мочи. У 3 пациентов в сроки до 2-х месяцев после операции возникли её осложнения. У 4 больных смерть была связана с самой УКС. Из выживших 4 пациентов лишь у одного сохраняется хорошая функция ВМП.

ТУУН была выполнена у 2 (1,2%) больных с выраженными уродинамическими нарушениями ВМП и активной фазой ХП, что потребовало двухэтапной операции. Из осложнений следует отметить несостоятельность межмочеточникового анастомоза с возникновением мочевого свища. Смерть 1 больного с методом деривации мочи не связана. Второй пациент жив, состояние ВМП относительно удовлетворительное.

Деривация мочи путём уретеросигмоанастомоза в окончательном варианте при радикальной цистэктомии осуществлялась: в непрерывную кишку по Goodwin-Belt-Sorrentino - у 28 (16,5%) пациентов, из которых живы 12 (7,1%) и по методу Mainz-pouch II - у 17 (10,0%), при этом живы 11 (6,5%) больных. Билатеральный УСА выполнялся у пациентов с серьёзной сопутствующей патологией или в связи с их отказом от любых способов наружного отведения мочи при сохранённой уродинамике ВМП и латентной фазе ХП. Поэтому у 3 больных выполнение УСА оказалось возможным лишь после ЧПНС. У 2 больных билатеральный УСА выполнен 2-м этапом: после РЦ с УКС. Несмотря на это, у 6 пациентов возникли грозные осложнения, связанные непосредственно с самим методом деривации мочи, в том числе у 2 - в отдалённые сроки. Летальность составила 16 человек, из них у 5 пациентов связана с самим УСА и его осложнениями. Из выживших 12 больных у 3 имеются нарушения уродинамики ВМП и явления ХП. В то же

время 9 (5,3%) пациентов чувствуют себя вполне удовлетворительно, а 7 из них живы пять и более лет и не имеют осложнений.

Наиболее перспективной модификацией УСА мы считаем метод Mainz-pouch II, поскольку мочеточники имплантировались в ректосигмоидный резервуар низкого давления. Пересаживать мочеточники было предложено путём погружения их на интубаторах в экстрамуральный тоннель, образованный серозно-мышечным и слизистым слоем задней стенки кишки. Данная операция при радикальной цистэктомии выполнена 17 (10,0%) больным (в том числе 10 - в модификации нашей клиники), при этом у 2 пациентов - после предварительной ЧПНС. Из осложнений метода, возникших у 3 больных, одно привело больного к смерти. Из выживших 11 пациентов лишь у одного отмечено нарушение уродинамики ВМП и обострения ХП. 10 (5,9%) больных чувствуют себя хорошо, мочу удерживают.

Операции по созданию ортотопического мочевого пузыря из сегментов подвздошной кишки и желудка выполнялись неотягощённым выраженной сопутствующей патологией больным: с удовлетворительной функцией ВМП вне активной фазы ХП - у 41 (24,1%), при умеренных уродинамических нарушениях со стороны ВМП - у 62 (36,5%) или вторым этапом - по восстановлению уродинамических нарушений - у 10 (5,9%) пациентов. Значительных различий с точки зрения ближайших и отдаленных результатов после операций по созданию искусственного мочевого пузыря не отмечено. S-образная пластика практически не отличалась от W-образной пластики по Hautmann. Метод Studer в большей степени гарантировал защиту ВМП от рефлюкса благодаря афферентному нерасщеплённому сегменту ileum. Из расщеплённого отдела подвздошной кишки ортотопический мочевой пузырь был сформирован в окончательном варианте у 89 (52,4%) больных, из которых живы 76 (44,7%). У 3 больных модификации Studer и у 1 модификации Hautmann предшествовала ЧПНС; 1 пациенту выполнена S-образная кишечная пластика и 3 - по Studer вторым этапом после РЦ с УКС.

Осложнения, возникшие после формирования искусственного мочевого пузыря и связанные с ними, отмечены: у 5 больных - после операции по Hautmann, у 3 - после S-образной пластики и у 8 - после операции по Studer. При этом у 8 пациентов потребовались восстановительные операции. После РЦ и илеоцистопластики скончались 13 больных, причиной смерти которых явились прогрессирование ракового процесса, операционная травма и другие заболевания. Дефект кишечного

резервуара после операции Studer и стриктура мочеточничко-пузырного анастомоза, связанные с методами деривации мочи, стали причиной смерти 2-х больных. В отдалённые сроки лишь у 3 (1,76%) были выявлены нарушения уродинамики ВМП.

Таблица 4

Результаты деривации мочи в ортотопический мочевой пузырь

Метод деривации мочи	Осложнения, в т.ч. связанные с методом	Летальность	Нарушения уродинамики, пиелонефрит в отдалённые сроки	Удовлетворительные отдалённые результаты	Количество больных	
					абс.	%
По Hautmann	5	4(0*)	1	22	27	15,9
S-образная пластика	3	3(1*)	1	15	19	11,2
По Studer	9	6(1*)	1	36	43	25,3
Гастроцисто-пластика	3	2(0*)	-	22	24	14,1
Всего	20	15(2*)	3	95	113	64,5

(*) - летальность, связанная с методом деривации мочи.

Основными показаниями для замещения мочевого пузыря желудком были ХПН, короткая брыжейка подвздошной кишки, спаечная болезнь. При желудочной реконструкции у 7 больных была использована оригинальная методика, при которой осуществлялась полная поперечная резекция желудка вместе с малой кривизной. У 4 пациентов развились осложнения. Смерть двух больных после РЦ была связана с повторным рецидивом рака. Из 22 (12,9%) пациентов, которые живы и наблюдаются, не отмечено нарушения уродинамики ВМП, обострений ХП и прогрессирования ХПН.

Исследовались объективные уродинамические показатели артчфициального мочевого пузыря. Все больные оценивались как через 3, так и через 12 месяцев после операции, когда им проводились урофлуометрия, уретропрофилометрия и цистометрия - наполнения и миссионная. Функциональные результаты артифициальных ортотопических мочевых пузырей, созданных различными методами у выживших пациентов, оказались вполне удовлетворительными. С точки зрения показателей

уродинамики нижних мочевыводящих путей более оптимальными представляются результаты формирования искусственного мочевого пузыря по Studer.

Результаты оперативного лечения оценивались не только осложнениями, рецидивами злокачественного процесса, летальностью, но и выживаемостью после операции, причём с позиций комфортности пребывания и адаптации пациента в семье и обществе, т.е. качеством жизни. На КЖ больных, перенесших РЦ, оказывают влияние многие факторы, однако те изменения, которые происходят в связи с вмешательством и влияют на отдалённые результаты после него, определяются прежде всего методом суправезикальной деривации мочи.

При исследовании КЖ после РЦ мы использовали опрос пациентов путём заполнения ими специальных опросных карт, состоящий из 34 вопросов, самостоятельно разработанных. При этом была предложена оценочная шкала в баллах от «0» до «5» - от наихудшей (наименьшей) характеристики до наилучшей (наивысшей) для данного явления (показателя), которую выбирал сам больной. Исследовано 105 (61,8%) больных, из которых 10 (5,9%) умерли, 95 (55,9%) живы. Подчеркнём, что мы ставили целью определить КЖ среди больных РМП, перенесших РЦ, а не другие оперативные вмешательства и методы лечения.

Учитывалась самооценка качества жизни пациентов в первые месяцы после операции по сравнению с исходным её уровнем и игнорировались другие объективные показатели. Уже через два месяца после операции 54,3% исследуемых пациентов указали на улучшение КЖ, 37,1%, в том числе с осложнённым послеоперационным периодом, на его стабилизацию, у 8,6% больных КЖ ухудшилось. Никто из выживших больных не отмечал ухудшения качества жизни. Напротив, те пациенты, которые жаловались на снижение этого показателя, умерли в сроки от полугода до 1 года после РЦ. Лишь у одной больной с прорастанием опухоли во влагалище, умершей от рецидива РМП, КЖ в первые месяцы после операции улучшилось. Полученные данные подтверждают прогностическое значение самооценки пациентами их качества жизни уже в ранние сроки после операции. Выжившие больные (n=95) детально опрошены.

Все вопросы, отображающие КЖ, делили на: 1) общие, характеризующие благосостояние, адаптацию в обществе и семье, 2) определяющие, свидетельствующие о воздействии на жизнедеятельность, прежде всего, осложнений деривации мочи и рецидивов рака, и 3)

специальные, касающиеся особенностей жизни у лиц с суправезикальной деривацией мочи. Все исследуемые пациенты были разделены на три основные группы в зависимости от методов деривации мочи: на кожу (n=4), в непрерывную кишку (n=17) и в искусственный ортотопический мочевой пузырь (n=74).

Наибольшую физическую и умственную активность после операции имели пациенты, получившие возможность самостоятельного мочеиспускания, они же были лучше социально адаптированы в обществе и в семье, получили наилучшую профессиональную адаптацию. Наибольший оптимизм во взгляде на своё будущее проявляли пациенты с континентными методами деривации мочи.

Изучена взаимосвязь между КЖ пациентов после РЦ и состояниями, вызванными осложнениями методов деривации мочи, в том числе потребовавшими повторных операций, рецидивами злокачественного процесса (у 2 больных), а также наличием сопутствующих заболеваний. Именно эти показатели в большей степени определяли КЖ уже в ближайшие месяцы после операции, так как зависели от ближайших осложнений, и оказались важным фактором, влиявшим на выживаемость. Поздние осложнения оказывали огромное влияние на КЖ больных. Как в ранние, так и в отдалённые сроки КЖ страдало у лиц, перенесших отведение мочи на кожу. Лучшие показатели КЖ были у пациентов с УСА, кроме 3 пациентов с осложнениями. Остальные больные отмечали стабильные показатели в течение ряда лет. Все больные после операции Mainz-pouch II отмечали удовлетворительное КЖ. Лучшие показатели представлены больными с ортотопическим мочевым пузырём.

Наиболее показательными были ответы на специальные вопросы. Опросы показали, что несомненно более высокий уровень КЖ имели пациенты с ортотопическим мочевым пузырём, из них 58 - замещением мочевого пузыря сегментом подвздошной кишки и 16 - сегментом желудка. Проблема недержания мочи после операции была одной из главных: удержание мочи способствовало улучшению КЖ. Важную роль в уровне качества жизни играло сохранение половой функции у мужчин. Поэтому радикализм операций (простатэктомия) и комбинированное лечение (лучевая и химиотерапия), уменьшавшие возможность половой жизни, снижали КЖ у этих больных. Респонденты, перенесшие УСА, особенно методом Mainz-pouch II, отмечали неплохое удержание мочи и чувствовали себя вполне адаптированно.

Мы суммировали баллы, данные самими респондентами, и на основании полученных ответов определили разные уровни качества их жизни. Низкое КЖ - от 0 до 45 баллов, среднее КЖ - от 46 до 90 баллов, высокое КЖ - от 91 до 135 баллов. Худшие показатели были у больных с деривацией мочи на кожу различными методами: большинство опрошенных называли своё КЖ низким. Промежуточные показатели были у тех, кто перенёс УСА различными методами.

Таблица 5

Взаимосвязь между методом суправезикальной деривации мочи при радикальной цистэктомии и уровнем качества жизни больных

Методы деривации мочи при цистэктомии	Уровень качества жизни, количество больных					
	низкий		средний		высокий	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
на кожу	3	3,2	1	1,1	-	-
уретеросигмо-анастомозом	3	3,2	11	11,6	3	3,2
в ортотопический мочевой пузырь	-	-	40	42,1	34	35,8
Всего больных	6	6,3	52	54,7	37	38,9

Лучшие показатели имели место у пациентов с ортотопическим мочевым пузырём: среднее КЖ отмечалось у 54,1%, высокое - у 45,9% среди больных данной группы. Таким образом, достаточно высокий уровень КЖ отметили пациенты с континентной деривацией мочи.

ВЫВОДЫ

1. Результаты радикальной цистэктомии с суправезикальной деривацией мочи у больных раком мочевого пузыря необходимо оценивать не только в медицинском, но и в социальном аспектах.
2. Изучение отдалённых результатов хирургического лечения рака мочевого пузыря должно основываться на рецидивах опухоли, пятилетней выживаемости и оценке выполненных методов деривации мочи.
3. Основными причинами рецидивов рака мочевого пузыря после радикальной цистэктомии явились операции, выполненные при поздних стадиях опухоли и рецидивных новообразованиях. Поэтому при инвазивном раке мочевого пузыря приоритетной является

экстирпация мочевого пузыря, выполненная в ранних стадиях опухолевого процесса. В стадии $pT_4N_xM_x$ с инвазией новообразования во внутренние половые органы и нарушением оттока мочи из почек радикальная цистэктомия может быть оправдана как операция, улучшающая уродинамику верхних мочевыводящих путей, течение хронического пиелонефрита, функциональное состояние почек и качество жизни пациентов.

4. Континентные методы деривации мочи при радикальной цистэктомии являются предпочтительными как физиологичные и способствующие наилучшему качеству жизни. Наиболее оправданы уретеросигмоанастомоз по Mainz pouch II и создание ортотопического мочевого пузыря из детубуляризованного участка подвздошной кишки или сегмента желудка, обеспечивающего самостоятельное мочеиспускание.
5. Пятилетняя выживаемость после радикальной цистэктомии у больных раком мочевого пузыря статистически достоверно увеличивается при ранних стадиях опухоли, деривации мочи в ортотопический мочевой пузырь, высокой степени дифференцировки опухолевых клеток, отсутствии уродинамических нарушений верхних мочевыводящих путей, а также локальных новообразований и отсутствии ранних послеоперационных осложнений.
6. Качество жизни является важным критерием эффективности радикального оперативного лечения больных раком мочевого пузыря. Его определение имеет серьёзное прогностическое значение после цистэктомии и коррелирует с выживаемостью. Качество жизни пациентов зависит от стадии опухоли и главным образом от метода деривации мочи, а также связано с рецидивами опухоли, сопутствующими заболеваниями и половой функцией.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Необходимо шире проводить диспансеризацию населения с целью раннего выявления рака мочевого пузыря и госпитализации больных в специализированные стационары.
2. При выборе деривации мочи следует отдавать предпочтение континентным методам, как наиболее оправданным в медицинском и в социальном аспектах.

3. Уретерокутанеостомия целесообразна в качестве I этапа радикальной цистэктомии у отягощенных ослабленных больных с продолжающейся гематурией. При выраженных нарушениях уродинамики верхних мочевыводящих путей и обострении хронического пиелонефрита методом выбора является чрескожная пункционная нефростомия.
4. Билатеральный уретеросигмоанастомоз по Mainz pouch II целесообразно выполнять при отсутствии нарушений уродинамики верхних мочевыводящих путей и наличии противопоказаний к ортотопическому мочевому пузырю.
5. При выборе сегмента желудочно-кишечного тракта для замещения мочевого пузыря следует руководствоваться анатомо-функциональным состоянием органов брюшной полости, забрюшинного пространства, результатами уродинамического исследования больных и техническими особенностями планируемой операции.
6. Следует рассматривать категорию качества жизни как один из факторов, влияющих на выживаемость. Особенно важна её самооценка пациентами в первые месяцы после радикальной цистэктомии. При изучении отдалённых результатов после оперативного вмешательства необходимо учитывать этот показатель жизни пациентов. Проводить широкие опросы послеоперационных больных по качеству жизни с помощью единых опросных листов.
7. Больные после радикальной цистэктомии при любом методе деривации мочи должны находиться под диспансерным наблюдением в течение всей жизни. При этом следует уделять определённое внимание их психологической реабилитации.

Список печатных работ, опубликованных по теме диссертации.

1. Аль-Шукри С.Х., Комяков Б.К., Горелов А.И., Прохожее А.Ю. Радикальная цистэктомия при раке мочевого пузыря // Актуальные вопросы лечения онкоурологических заболеваний: Материалы 2-ой Всероссийской научной конференции с участием стран СНГ 21-22 ноября. - Обнинск, 1997. - С. 8-9.
2. Прохожее А.Ю., Комяков Б.К. Суправезикальная деривация мочи - паллиативный метод лечения больных иноперабельным раком мочевого пузыря // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. - 1998. - № 4. - С. 101-102.
3. Аль-Шукри С.Х., Комяков Б.К., Горелов С.И., Новиков А.И., Прохожев А.Ю. Надпузырная деривация мочи при цистэктомии // Рак

- мочевого пузыря: Материалы конференции 21-22 мая. - Ростов-на-Дону, 1998.-С. 4-5.
4. Ткачук В.Н., Комяков В.Н., Новиков А.И., Горелов А.И., Горелов С.И., Прохожев А.Ю. Результаты цистэктомии в зависимости от стадии рака мочевого пузыря // Рак мочевого пузыря: Материалы конференции 21-22 мая. - Ростов-на-Дону, 1998. - С. 91-92.
 5. Аль-Шукри С.Х., Комяков Б.К., Горелов С.И., Новиков А.И., Горелов А.И., Прохожев А.Ю. Технические особенности при создании абдоминальных резервуаров для мочи // Материалы пленума правления Российского общества урологов. - М., 1998. - С 78-79.
 6. Комяков Б.К., Горелов С.И., Новиков А.И., Горелов А.И., Гулиев Б.Г., Сергеев А.В., Фадеев В.А., Прохожев А.Ю., Воскресенский М.А., Рябинов Е.В., Оде М., Эль-Атар Т. Континентны бесфистульные методы деривации мочи после радикальной цистэктомии у больных раком мочевого пузыря // Рак мочевого пузыря: Материалы трудов XI Международной научно-практической конференции 22-23 мая 2003 года. - Харьков, 2003. - С. 90-97.
 7. Комяков Б.К., Горелов С.И., Новиков А.И., Горелов А.И., Гулиев Б.Г., Воскресенский М.А., Сергеев А.В., Фадеев В.А., Прохожев А.Ю., Рябинов Е.В., Оде М., Эль-Атар Т. Радикальная цистэктомия: ближайшие результаты операции у 136 больных // Современные направления в диагностике, лечении и профилактике заболеваний: Труды городской многопрофильной больницы № 2 Санкт-Петербурга. - С-Петербург, 2003. - С 225-227.
 8. Комяков Б.К., Горелов С.И., Горелов А.И., Новиков А.И., Сергеев А.В., Гулиев Б.Г., Рябинов Е.В., Прохожев А.Ю. Пересадка мочеточников в сигмовидную кишку: Метод. рекомендации. - С-Петербург, 2003. - 28 с.
 9. Комяков Б.К., Горелов С.И., Новиков А.И., Горелов А.И., Гулиев Б.Г., Идрисов Ш.Н., Прохожев А.Ю., Воскресенский М.А., Сергеев А.В., Фадеев В.А., Эль-Атар Т.Х., Оде М. Ближайшие результаты радикальных цистэктомии // Урология. - 2003. - № 4. - С 15-18.
 10. Комяков Б.К., Горелов А.И., Новиков А.И., Воскресенский М.А., Фадеев В.А., Сергеев А.В., Прохожев А.Ю. Целесообразность сохранения предстательной железы при радикальной цистэктомии по поводу рака мочевого пузыря // Актуальные вопросы лечения онкоурологических заболеваний: Материалы V Всероссийской научно-практической

- конференции с международным участием. - Обнинск, 2-3 октября 2003. - С. 72-73.
11. Комяков Б.К., Новиков А.И., Горелов А.И., Горелов С.И., Гулиев Б.Г., Сергеев А.В., Воскресенский М.А., Фадеев В.А., Прохожев А.Ю., Оде М., Эль-Атар Т. Опыт 165 радикальных цистэктомий // Актуальные вопросы лечения онкоурологических заболеваний: Материалы V Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. - Обнинск, 2-3 октября 2003. - С. 74-75.
 12. Комяков Б.К., Новиков А.И., Прохожев А.Ю., Оде М. Качество жизни больных после радикальной цистэктомии // Актуальные вопросы лечения онкоурологических заболеваний: Материалы V Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. - Обнинск, 2-3 октября 2003. С. 75-76.
 13. Комяков Б.К., Новиков А.И., Горелов А.И., Гулиев Б.Г., Кириченко О.А., Прохожев А.Ю., Оде М. Ортопическая пластика мочевого пузыря сегментом желудка // Урология. - 2004. - № 3. - С. 32-35.
 14. Комяков Б.К., Новиков А.И., Горелов А.И., Кириченко О.А., Гулиев Б.Г., Ахмаджев Д.Н., Оде М., Дариенко Р.О., Прохожев А.Ю. Замещение мочевого пузыря сегментом желудка // Современные направления в диагностике, лечении и профилактике заболеваний: Труды городской многопрофильной больницы № 2 Санкт-Петербурга, выпуск IV, - С-Петербург, 2004.-С. 191-196.
 15. Комяков Б.К., Прохожев А.Ю., Фадеев В.А., Ахмаджев Д.Н. Выбор метода деривации мочи в аспекте изучения качества жизни больных после радикальной цистэктомии // Современные направления в диагностике, лечении и профилактике заболеваний: Труды городской многопрофильной больницы № 2 Санкт-Петербурга, выпуск IV, - С-Петербург, 2004. - С. 251 - 256.
 16. Комяков Б.К., Прохожев А.Ю., Ахмаджев Д.Н. К вопросу о качестве жизни больных после радикальной цистэктомии // «Онкологическая урология: от научных исследований к клинической практике (современные возможности диагностики и лечения опухолей предстательной железы, мочевого пузыря и почки)»: Материалы конференции. - Москва, 2-4 декабря 2004. - С. 150-151.
 17. Komyakov B., Gouliev B., Novikov A., Atmadzhev D., Prokhozhev A., Darienko R. Using the segment of stomach in urinary tract surgery // Br. J. Urol. Int. - 2004.- Vol. 94, Suppl. 2. - P. 167.

Список условных сокращений.

ВМП - верхние мочевыводящие пути

КЖ - качество жизни

РМП - рак мочевого пузыря

РЦ - радикальная цистэктомия

ТУР - трансуретральная электрорезекция

ТУУН - трансуретероуретеронефростомия

УКС - уретерокутанеостомия

УСА - уретеросигмоанастомоз

ХП - хронический пиелонефрит

ХПН - хроническая почечная недостаточность

ЧПНС - чрескожная пункционная нефростомия

Подписано в печать 28.07.09

Формат 60x84 1/16

Объем 1 1/2 пл.

Тираж 100 экз.

Заказ № 1301

Типография ВМедА,

194044, СПб., ул. Академика Лебедева, 6

Р-1041

Из фондов Российской национальной библиотеки