

ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ЗАДЕРЖКИ МОЧЕИСПУСКАНИЯ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ, ПЕРЕНЕСШИХ АУГМЕНТАЦИОННУЮ ИЛЕОЦИСТОПЛАСТИКУ

С.А. Семенов, А.Н. Муравьев

ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии»
Минздрава России

THE INFLUENCE OF CHRONIC URINARY RETENTION ON THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH TUBERCULOSIS OF THE BLADDER UNDERGOING AUGMENTATION ILEAL CYSTOPLASTY

S.A. Semenov, A.N. Muravjev

Исследована динамика показателей качества жизни (КЖ) больных, которым была выполнена аугментационная илеоцистопластика по поводу туберкулезного микроцистита, осложнившаяся хронической задержкой мочеиспускания в отдаленный послеоперационный период. Показано, что значения шкал опросника SF-36 и специализированных шкал КЖ у пациентов с хронической задержкой мочеиспускания (ХЗМ) достоверно улучшаются в сравнении с дооперационными показателями только в первые 6 месяцев. При сравнении показателей общих и специализированных шкал доказано, что КЖ больных с ХЗМ хуже, чем без ХЗМ.

Ключевые слова: туберкулез мочевого пузыря, туберкулез мочевого пузыря, аугментационная илеоцистопластика, качество жизни, хроническая задержка мочеиспускания.

The article represents dynamics of quality of life in patients with tuberculous small bladder, which developed urinary retention in late postoperative period after ileal cystoplasty. SF-36 scale and specialized scale (IPSS-QOL, UDI-6) data in cases of urinary retention demonstrate significant improvement of pre-surgery parameters only during first 6 months. Patients without chronic urinary retention demonstrate better quality of life than those with urinary retention.

Keywords: genitourinary tuberculosis, tuberculosis of the bladder, augmentation ileal cystoplasty, the quality of life, chronic urinary retention.

Введение

В настоящее время, по данным разных авторов, туберкулез мочеполовой системы занимает второе место среди внелегочных локализаций, составляя в структуре вновь выявленных больных от 41,5% до 42,6% [2, 3, 4]. Наиболее тяжелым осложнением нефротуберкулеза является распространение специфического воспаления на мочевой пузырь с образованием микроцистита, возникающего в 5-13% случаев [2, 4]. У таких больных наблюдается выраженное уменьшение функциональной и анестетической емкости мочевого пузыря, что приводит к стойким расстройствам мочеиспускания и резкому снижению качества жизни (КЖ).

Оптимальным методом лечения больных с рубцово-сморщенным мочевым пузырем является увеличение его емкости посредством аугментационной (увеличительной) цистопла-

стики с использованием различных отделов желудочно-кишечного тракта [5, 9, 11]. В клинике фтизионефрологии и урологии Санкт-Петербургского НИИ фтизиопульмонологии резервуар мочевого пузыря формируют из участка подвздошной кишки. Несмотря на длительный опыт выполнения реконструктивных операций на мочевом пузыре, во всем мире сохраняется высокая частота поздних послеоперационных осложнений, достигающая 20% [9, 11]. Одним из таких осложнений является хроническая задержка мочеиспускания (ХЗМ), вплоть до полного его отсутствия, заставляющая прибегать пациентов к интермиттирующей самокатетеризации.

Цель аугментационной цистопластики – избавить больного от стойких расстройств мочеиспускания и улучшить КЖ. Оценку последнего, как показатель эффективности лечения, широко применяют в практической урологии при таких заболеваниях

как доброкачественная гиперплазия предстательной железы, недержание мочи, гиперактивность мочевого пузыря, злокачественные новообразования мочевого пузыря, предстательной железы. Способы исследования КЖ (общие и специфические опросники), разработанные экспертами ведущих мировых

клинических центров в соответствии с принципами доказательной медицины и требованиями *Good Clinical Practice* (надлежащая клиническая практика – прим. ред.), предоставляют возможность количественной оценки основных сфер жизнедеятельности человека [1]. Наряду с другими общепринятыми



Рис. 1. Показатели качества жизни по опроснику SF-36 у больных с хронической задержкой мочеиспускания и без нее (средние значения в баллах, расшифровка наименований шкал – в тексте).

Таблица 1. Хроническая задержка мочеиспускания и средний объем остаточной мочи в отдаленном послеоперационном периоде после аугментационной илеоцистопластики

Время после операции	Число больных с хронической задержкой мочеиспускания, абс. (%)	Средний объем остаточной мочи, мл
6 месяцев	21 (46,0)	309,0 ± 37,2
12 месяцев	14 (31,0)	330,7 ± 44,9
24 месяца	15 (42,0)	332,0 ± 54,2

клиническими, лабораторными и инструментальными методами исследования, изучение КЖ позволяет расширить представление врача о состоянии больного в целом и оценить эффективность проводимого лечения. Выполнение илеоцистопластики у больных с микроцистисом туберкулезной этиологии приводит к значительному улучшению общих и специфических, связанных с расстройствами мочеиспускания, показателей КЖ [7]. Однако оценки влияния хронической задержки мочеиспускания (ХЗМ) и самокатетеризации на КЖ больных микроцистисом туберкулезной этиологии в отдаленном послеоперационном периоде в доступной нам литературе не обнаружено.

Цель исследования

Оценить влияние хронической задержки мочеиспускания и самокатетеризации на качество жизни больных с малым мочевым пузырем туберкулезной этиологии, перенесших аугментационную илеоцистопластику, в отдаленном послеоперационном периоде.

Материалы и методы исследования

В исследование включено 46 пациентов (35 мужчин и 11 женщин), страдающих туберкулезом мочевой системы, перенесших в различное время парциальную цистэктомию с последующей увеличительной илеоцистопластикой. Возраст больных составил от 20 до 71 года (средний возраст 50,3 ± 2,1 лет). У всех пациентов оценивали объем остаточной мочи, необходимость и количество самокатетеризаций за сутки.

Все больные анкетированы с помощью русской версии опросника SF-36 v.2, одобренного межнациональным центром исследования КЖ г. Санкт-Петербурга и состоящего из 36 пунктов, которые формируют восемь шкал качества жизни (PF – физическое функционирование, RP – ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, BP – интенсивность боли, GH – общее состояние здоровья, VT – жизненная активность, SF – социальное функционирование, RE – ролевое функционирование, обусловленное психическим состоянием, MH – психическое здоровье). В соответствии со стандартной процедурой обработки данных, значение каждой шкалы выражали в баллах в диапазоне от 0 до 100, где 0 – наихудшее,

Таблица 2. Потребность больных в самокатетеризации в различные сроки после аугментационной илеоцистопластики

Время после операции	Число больных, нуждавшихся в самокатетеризации, абс. (%):		
	1 раз в сутки	2 раза в сутки	3 и более раз в сутки
6 месяцев	11 (52,0)	6 (29,0)	4 (19,0)
12 месяцев	2 (14,0)	7 (50,0)	5 (36,0)
24 месяца	5 (33,0)	4 (27,0)	6 (40,0)

100 баллов – наилучшее качество жизни. Для оценки степени выраженности симптомов нижних мочевых путей взята наиболее распространенная специализированная шкала IPSS-QoI, которая состоит из семи вопросов, характеризующих степень расстройства мочеиспускания, а восьмой вопрос – это качество жизни пациента, связанное с наличием у него расстройств мочеиспускания. Также применена шкала UDI-6, состоящая из шести вопросов.

Оценка объема остаточной мочи и заполнение общих и специальных опросников производили в отдаленном послеоперационном периоде, через 6, 12 и 24 месяца после выполнения операции. Отдаленные результаты оперативного лечения через 6 месяцев изучены у 46 больных (средний возраст 50,3 ± 2,1 года), через 12 месяцев – у 45 (средний возраст 50,0 ± 2,1 года), через 24 месяца – у 35 (средний возраст 50,7 ± 2,3 года). Обработка данных проведена с помощью пакета прикладных статистических программ Minitab 16.0. Анализ вида распределения качественных признаков осуществлен по критерию Шапиро-Уилка, распределение признаков соответствует нормальному. Для оценки достоверности полученных результатов использовали параметрический тест Стьюдента, уровень значимости $p < 0,05$. При описании рассеяния значений признака использована стандартная ошибка среднего.

Результаты и обсуждение

Данные по объему остаточной мочи у больных в отдаленном послеоперационном периоде представлены в табл. 1. ХЗМ (объем остаточной мочи более 100 мл) развилась у 31–46% больных в различные сроки после операции. Статистически значимых различий в объеме остаточной мочи и доле больных с ХЗМ через 6, 12 и 24 месяца после операции не выявлено.

ХЗМ является грозным осложнением, приводящим к таким последствиям как пузырно-мочеточниковый рефлюкс, метаболический ацидоз, рецидивы хронического пиелонефрита, образование конкрементов резервуара. Самокатетеризация является необходимой и обязательной процедурой у больных, перенесших аугментационную илеоцистопластику, осложнившуюся хронической задержкой мочеиспускания.

Таблица 3. Динамика балльной оценки расстройств мочеиспускания у больных с хронической задержкой мочеиспускания и без нее до и через 6, 12 и 24 месяца после аугментационной илеоцистопластики

Время проведения оценки	Шкала IPSS		Шкала QoI		Шкала UDI-6	
	Есть ХЗМ	Нет ХЗМ	Есть ХЗМ	Нет ХЗМ	Есть ХЗМ	Нет ХЗМ
До операции	24,5 ± 6,3	22,8 ± 6,8	5,7 ± 0,5	5,8 ± 0,5	10,1 ± 2,6	8,9 ± 2,5
Через 6 месяцев	17,1 ± 6,2**	16,6 ± 7,1**	3,8 ± 1,2**	3,7 ± 1,3**	5,6 ± 3,8**	4,0 ± 2,0**
Через 12 месяцев	16,0 ± 1,4*	10,9 ± 0,9***	4,1 ± 0,3*	2,8 ± 0,2***	5,2 ± 0,8*	3,4 ± 0,3
Через 24 месяца	15,1 ± 1,7*	9,0 ± 0,8	4,0 ± 0,3*	2,4 ± 0,2	6,2 ± 1,1*	2,9 ± 0,2

* $p < 0,05$ – достоверны различия между показателями больных с ХЗМ и без нее;

** $p < 0,05$ – достоверны различия с показателем до операции;

*** $p < 0,05$ – достоверны различия с показателем через 6 месяцев после операции.

Все пациенты с данным осложнением обучены периодической самокатетеризации. Количество их определял лечащий врач в зависимости от суточного диуреза, объема остаточной мочи, степени пузырно-мочеточникового рефлюкса, наличия метаболического ацидоза. Распределение суточного количества катетеризаций в различные сроки после операции

представлено в табл. 2. Установлено, что через два года после операции доля больных, нуждающихся в катетеризации три и более раз в сутки, увеличилась вдвое.

Средние значения (в баллах) показателей качества жизни нуждающихся в самокатетеризации больных с ХЗМ и больных без ХЗМ представлены на рисунках 1 и 2. В первые 6 месяцев

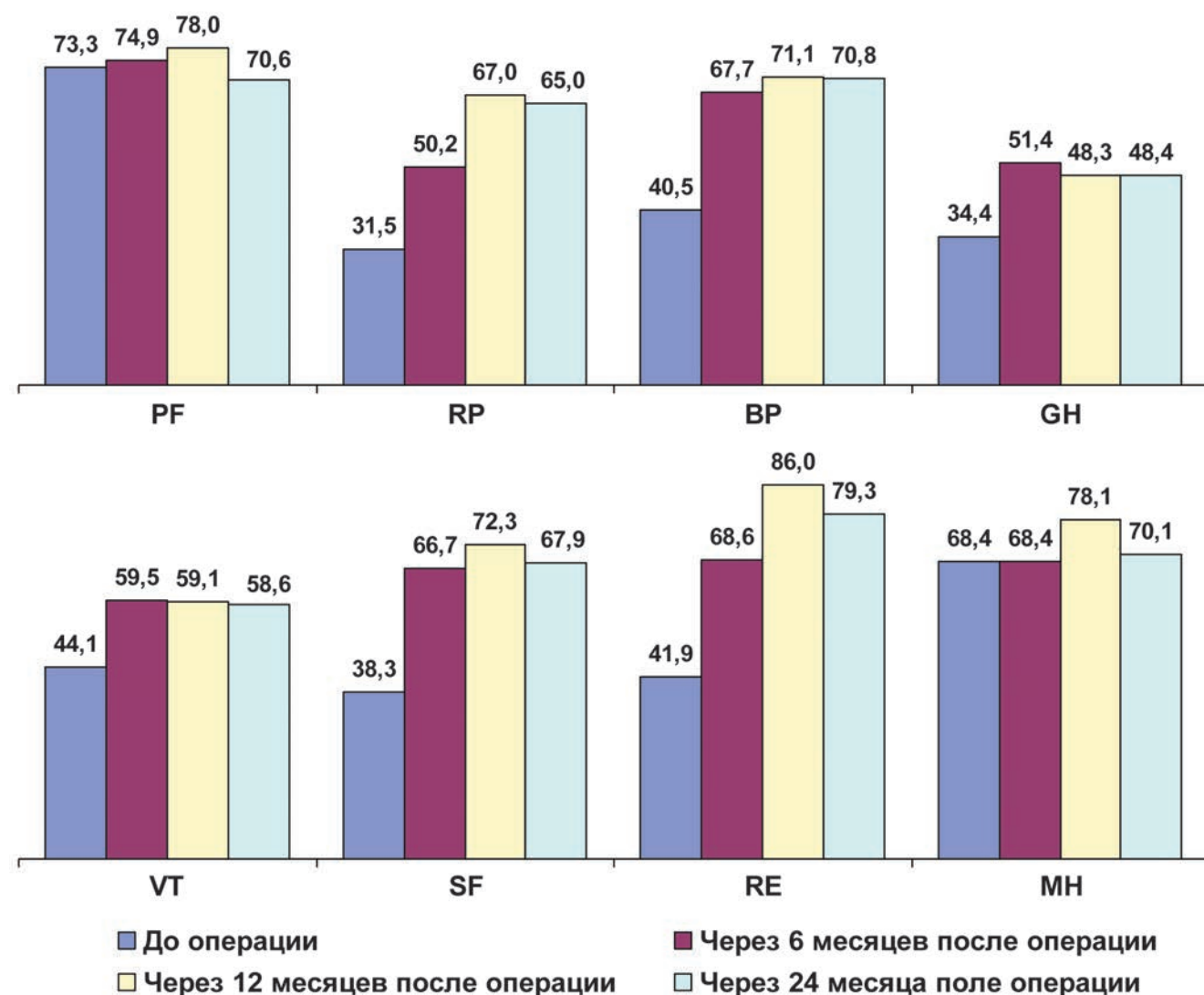


Рис. 2. Динамика показателей качества жизни по опроснику SF-36 у больных с хронической задержкой мочеиспускания до и через 6, 12 и 24 месяца после аугментационной илеоцистопластики (средние значения в баллах, расшифровка наименований шкал – в тексте).

после операции на мочевом пузыре КЖ больных с ХЗМ не имеет статистически достоверных различий (рис. 1а). Через 12 месяцев отмечена положительная динамика показателей КЖ у больных с отсутствием ХЗМ в сравнении с больными, у которых развилась ХЗМ (рис. 1б). Наибольшие различия КЖ отмечены по показателям общего здоровья (GH), жизненной активности (VT) и социальному функционированию (SF).

При анализе дальнейшей динамики (через 24 мес.) показателей КЖ в послеоперационном периоде (рис. 1в) установлено, что КЖ больных с ХЗМ ниже, чем у больных без этого осложнения почти по всем показателям опросника SF-36, кроме ролевого функционирования, обусловленного психическим состоянием. Статистически достоверные различия получены по шести шкалам (PF, RP, BP, GH, VT, SF; во всех случаях $p < 0,05$).

Суммарная динамика показателей КЖ общего здоровья представлена на рис. 2. Несмотря на то, что КЖ у больных с ХЗМ хуже, нежели без нее, в первые 6 месяцев после операции отмечено существенное улучшение таких показателей КЖ, как RP, BP, GH, VT, SF и RE. Через 12 и 24 месяца после операции значимого увеличения или снижения общего состояния здоровья у пациентов не наблюдали.

Оценка состояния здоровья по шкале SF-36 дает представление об общем состоянии больных. Для получения сведений о самооценке степени расстройств мочеиспускания пациенты опрошены по специализированным шкалам (табл. 3). Установлено, что у всех больных показатели балльной оценки симптомов нижних мочевых путей улучшаются после операции. При ХЗМ отмечена более низкая оценка имеющихся расстройств мочеиспускания, полученные данные по всем специализированным шкалам не имеют тенденцию к улучшению в отдаленном послеоперационном периоде.

Заключение

Исследование КЖ больных туберкулезом мочевого пузыря, перенесших аугментационную илеоцистопластику, осложненную хронической задержкой мочеиспускания, показало, что показатели КЖ, связанные со здоровьем, а также с имеющимися расстройствами мочеиспускания, у больных с ХЗМ улучшаются только в первые 6 месяцев после операции, а в дальнейшем их динамики (при балльной оценке) не наблюдается. КЖ больных с ХЗМ имеет достоверно более низкие показатели, чем у больных без этого осложнения.

Литература

1. Добровольский С.Р. Исследование качества жизни больных в хирургии // *Хирургия. Журн. им. Н.И. Пирогова*. – 2008. – № 12. – С. 73-76.
2. Зубань О.Н., Комяков Б.К. Хирургическая коррекция малого мочевого пузыря. – СПб.: Стиск, 2011. – 227 с.
3. Кульчавеня Е.В. Туберкулез мочевого пузыря: консервативное и хирургическое лечение // *Бюл. Сибир. медицины*. – 2011. – № 2. – С. 83-86.
4. Муравьев А.Н., Зубань О.Н. Роль суправезикального отведения мочи в комплексном лечении больных туберкулезом почек и мочеточников // *Урология*. – 2012. – № 6. – С. 16-20.
5. Новиков А.И. Восстановление мочевыводящих путей различными отделами желудочно-кишечного тракта: автореф. дис. ... д-ра. мед. наук / СПб-МАПО. – СПб., 2006. – 35 с.
6. Новик А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. – М.: Олма, 2007. – 315 с.
7. Семенов С.А., Куренков А.В. Туберкулез мочевого пузыря: оценка эффективности аугментационной илеоцистопластики с позиции качества // *Врач аспирант*. – 2013. – № 6.1 (61). – С.132-137.
8. Alil M.Y. Urinary bladder tuberculosis – a case report // *Faridpur. Med. Coll. J.* – 2010. – Vol. 5. – N. 2. – P. 66-68.
9. Gupta N.P. Reconstructive bladder surgery in genitourinary tuberculosis // *Indian J. Urol.* – 2008. – Vol. 24. – N. 3. – P. 382-387.
10. Nagoya J. Quality of life assessment for patient with urinary incontinence // *Med. Sci.* – 2007. – Vol. 69. – P.123-131.
11. Raquel G.R. Complete ladder and ureter reconstruction with ileum in a case of genitourinary tuberculosis // *Actas Urologicas Espanolas*. – 2009. – Vol. 33. – N. 6. – P. 706-711.

Сведения об авторах

Семенов Сергей – аспирант, врач-уролог клиники фтизионефрологии и урологии ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ фтизиопульмонологии» Минздрава России

Адрес: 194064; Санкт-Петербург, ул. Политехническая, д. 32, корп. 10, отделение урологии

Тел.: +7 (921) 303-18-16, + 7 (812) 297-89-88

e-mail: semenovsergej@yandex.ru

Муравьев Александр Николаевич – и.о. руководителя клиники фтизио-нефрологии и урологии ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ фтизиопульмонологии» Минздрава России, кандидат медицинских наук

Адрес: 194064; Санкт-Петербург, ул. Политехническая, д. 32, корп. 10, отделение урологии

Тел. + 7 (812) 297-89-88

e-mail: urolog5@gmail.com