

57. Gallagher DJ, Milowsky MI, Ishill N, et al. Detection of circulating tumor cells in patients with urothelial cancer. *Ann Oncol* 2009 Feb;20(2):305-8.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18836088>
58. Flaig TW, Wilson S, van Bokhoven A, et al. Detection of circulating tumor cells in metastatic and clinically localized urothelial carcinoma. *Urology* 2011 Oct;78(4):863-7.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21813167>
59. Hoffmann AC, Wild P, Leicht C, et al. MDR1 and ERCC1 expression predict outcome of patients with locally advanced bladder cancer receiving adjuvant chemotherapy. *Neoplasia* 2010 Aug;12(8):628-36.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20689757>

## 13. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

### 13.1. Введение

Оценка качества жизни, связанного со здоровьем (HRQoL), зависит от физического, психологического, эмоционального и социального состояния больного.

Некоторые опросники, такие как FACT (Functional Assessment of Cancer Therapy)-G [1], EORTC QLQ-C30 [2], EORTC QLQ-BLM (модуль по ИРМП) [3] и SF (Short Form)-36 [4, 5] были утверждены для проведения оценки HRQOL у больных РМП. Недавно был специально разработан и утвержден для пациентов с РМП опросник VCI [6].

Психометрический тест FACT-BL следует использовать для записи осложнений, развитие которых связано с опухолью мочевого пузыря. Применение новых интенсивных техник интервьюирования позволило получать больше информации о HRQL, которая в основном зависит от индивидуальных жизненных предпочтений больного [7].

К сожалению, в большинстве ретроспективных исследований не проводилось оценки связи между HRQOL и опухолеспецифическими исходами, отмеченными после цистэктомии, такими как недержание мочи в дневное и ночное время и эректильная дисфункция. Более того, редко оценивались такие важные сопутствующие факторы, как возраст больного, психическое состояние, стрессоустойчивость и пол [8, 9]. В связи с наличием индивидуальных различий переносимости симптомов по-прежнему сложно предсказать влияние побочных эффектов лечения.

### 13.2. Выбор метода отведения мочи

Мнения о том, какой метод деривации мочи лучше других обеспечивает HRQoL, противоречивы [10]. В некоторых исследованиях различий в HRQoL не выявлено [9, 11, 12]. Тем не менее большинство пациентов утверждают, что при существовании выбора они бы предпочли ортотопическое отведение мочи, чем подвздошно-кишечный резервуар [13]. В другом недавнем исследовании показано, что, хотя функция мочеиспускания лучше у пациентов с кишечным резервуаром, жалобы на качество мочеиспускания одинаковы для обеих групп деривации, что приводит к одинаковой оценке HRQoL [14].

Благодаря совершенствованию хирургической техники и созданию ортотопического мочевого пузыря результаты нескольких последних исследований поддерживают создание континентной замены мочевого пузыря [3, 15–18]. В двух исследованиях показано статистически значимое преимущество в HRQoL в группе с вновь созданным мочевым пузырем [18, 19]. У пациентов с ортотопическим мочевым пузырем физиологические функции статистически значимо лучше, и эти больные ведут более активный образ жизни по сравнению с пациентами с подвздошно-кишечным резервуаром. Следует отметить, что параметры HRQoL обладают независимым прогностическим влиянием на общую выживаемость [20]. Больные с ортотопическим континентным неоцистисом в целом более положительно оценивают такие показатели, как вид собственного тела, социальная и физическая активность, в отличие от оценок их пациентами с уростомой [14, 15, 21].

### 13.3. Неоперабельный или метастатический рак мочевого пузыря

При неоперабельном РМП или МРМП HRQoL снижается по причине возникновения проблем с мочеиспусканием, кровотечения, болей и, как следствие, расстройств в социальной и сексуальной жизни [22]. В литературе имеется ограниченное число публикаций по оценке HRQoL у больных РМП, получающих паллиативное лечение [23], но есть сообщения о симптомах, связанных с мочевым пузырем, облегчаемых путем выполнения паллиативных операций [24], проведения ЛТ [25] и/или ХТ [26].

При использовании альтернативных вариантов органосохраняющего лечения ИРМП (на-

пример, применение тримодального подхода) выявлены схожие показатели выживаемости по сравнению с таковыми, полученными при проведении цистэктомии. Тем не менее влияние органосохраняющего лечения на качество жизни достаточно противоречиво [26–32].

#### 13.4. Выводы и рекомендации по HRQoL (табл. 13.1, 13.2)

Таблица 13.1. Выводы по HRQoL

Выводы	УД
На сегодняшний день не проводилось рандомизированных проспективных исследований по оценке HRQoL при различных видах радикального лечения ИРМП	2b
У большинства изучаемых групп больных общая оценка HRQoL выглядит хорошей независимо от варианта отведения мочи. По некоторым данным, отведение мочи с созданием искусственного мочевого пузыря характеризуется более высокими показателями HRQoL, однако эти сведения противоречивы	
Важные определяющие качества жизни (субъективные) — личность пациента, стрессоустойчивость и социальная поддержка	

Таблица 13.2. Рекомендации

Рекомендация	СР
При проведении у больных ИРМП оценки HRQoL рекомендуется использовать утвержденные анкеты	В
При отсутствии противопоказаний, в том числе сопутствующих заболеваний, особенностей опухолей и ментального состояния, пациентам следует предлагать континентное отведение мочи	С
Дооперационная информация о пациенте, отбор больных, хирургическая техника и тщательное послеоперационное наблюдение — основа достижения хороших длительных результатов	С
Пациенты должны принимать активное участие в принятии лечебных решений. Необходимо предоставлять четкую и полноценную информацию о всех возможных преимуществах и побочных эффектах, позволяя больным принять информированное решение	С

#### 13.5. Литература

1. Cella DF, Tulsky DS, Gray G, et al. The Functional Assessment of Cancer Therapy scale: development and validation of the general measure. *J Clin Oncol* 1993 Mar;11(3):570-9.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8445433>
2. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst* 1993 Mar;85(5):365-76.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8433390>
3. Sogni F, Brausi M, Frea B, et al. Morbidity and quality of life in elderly patients receiving ileal conduit or orthotopic neobladder after radical cystectomy for invasive bladder cancer. *Urology* 2008 May;71(5):919-23.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18355900>
4. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992 Jun;30(6):473-83.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1593914>
5. Ware JE Jr, Keller SD, Gandek B, et al. Evaluating translations of health status questionnaires. Methods from the IQOLA project. International Quality of Life Assessment. *Int J Technol Assess Health Care* 1995 Summer;11(3):525-51.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7591551>
6. Gilbert SM, Dunn RL, Hollenbeck BK, et al. Development and validation of the Bladder Cancer Index:

a comprehensive, disease specific measure of health related quality of life in patients with localized bladder cancer. *J Urol* 2010 May;183(5):1764-9.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20299056>

7. Ramirez A, Perrotte P, Valiquette L, et al. Exploration of health-related quality of life areas that may distinguish between continent diversion and ileal conduit patients. *Can J Urol* 2005 Feb;12(1):2537-42.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15777491>
8. Månsson A, Caruso A, Capovilla E, et al. Quality of life after radical cystectomy and orthotopic bladder substitution: a comparison between Italian and Swedish men. *BJU Int* 2000 Jan;85(1):26-31.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10619940>
9. Autorino R, Quarto G, Di Lorenzo G, et al. Health related quality of life after radical cystectomy: comparison of ileal conduit to continent orthotopic neobladder. *Eur J Surg Oncol* 2009 Aug;35(8): 858-64.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18824319>
10. World Health Organization (WHO) Consensus Conference on Bladder Cancer, Hautmann RE, Abol-Enein H, Hafez K, et al. Urinary diversion. *Urology* 2007 Jan;69(1 Suppl):17-49.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17280907>
11. Månsson A, Davidsson T, Hunt S, et al. The quality of life in men after radical cystectomy with a continent cutaneous diversion or orthotopic bladder substitution: is there a difference? *BJU Int* 2002 Sep;90(4):386-90.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12175394>
12. Wright JL, Porter MP. Quality-of-life assessment in patients with bladder cancer. *Nat Clin Pract Urol* 2007 Mar;4(3):147-54.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17347659>
13. Saika T, Arata R, Tsushima T, et al; Okayama Urological Research Group. Health-related quality of life after radical cystectomy for bladder cancer in elderly patients with an ileal conduit, ureterocutaneostomy, or orthotopic urinary reservoir: a comparative questionnaire survey. *Acta Med Okayama* 2007 Aug;61(4):199-203.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17853939>
14. Hedgepeth RC, Gilbert SM, He C, et al. Body image and bladder cancer specific quality of life in patients with ileal conduit and neobladder urinary diversions. *Urology* 2010 Sep;76(3):671-5.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20451964>
15. Dutta SC, Chang SC, Coffey CS, et al. Health related quality of life assessment after radical cystectomy: comparison of ileal conduit with continent orthotopic neobladder. *J Urol* 2002 Jul;168(1):164-7.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12050514>
16. Hara I, Miyake H, Hara S, et al. Health-related quality of life after radical cystectomy for bladder cancer: a comparison of ileal conduit and orthotopic bladder replacement. *BJU Int* 2002 Jan;89(1): 10-13.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11849152>
17. Stenzl A, Sherif H, Kuczyk M. Radical cystectomy with orthotopic neobladder for invasive bladder cancer: a critical analysis of long term oncological, functional and quality of life results. *Int Braz J Urol* 2010 Sep-Oct;36(5):537-47.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21044370>
18. Philip J, Manikandan R, Venugopal S, et al. Orthotopic neobladder versus ileal conduit urinary diversion after cystectomy - a quality-of-life based comparison. *Ann R Coll Surg Engl* 2009 Oct;91(7):565-9.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19558757>
19. Hobisch A, Tosun K, Kinzl J, et al. Life after cystectomy and orthotopic neobladder versus ileal conduit urinary diversion. *Semin Urol Oncol* 2001 Feb;19(1):18-23.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11246729>
20. Roychowdhury DF, Hayden A, Liepa AM. Health-related quality-of-life parameters as independent prognostic factors in advanced or metastatic bladder cancer. *J Clin Oncol* 2003 Feb;21(4):673-8.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12586805>
21. Hardt J, Filipas D, Hohenfellner R, et al. Quality of life in patients with bladder carcinoma after cystectomy: first results of a prospective study. *Qual Life Res* 2000 Feb;9(1):1-12.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10981202>
22. Fosså SD, Aaronson N, Calais da Silva F, et al. Quality of life in patients with muscle-infiltrating bladder cancer and hormone-resistant prostatic cancer. *Eur Urol* 1989;16(5):335-9.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2476317>
23. Mommsen S, Jakobsen A, Sell A. Quality of life in patients with advanced bladder cancer. A randomized study comparing cystectomy and irradiation-the Danish Bladder Cancer Study Group (DAVECA protocol 8201). *Scand J Urol Nephrol Suppl* 1989;125:115-20.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2699072>
24. Nagele U, Anastasiadis AG, Merseburger AS, et al. The rationale for radical cystectomy as primary therapy for

- T4 bladder cancer. World J Urol 2007 Aug;25(4):401-5.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17525849>
25. Fokdal L, Høyer M, von der Maase H. Radical radiotherapy for urinary bladder cancer: treatment outcomes. Expert Rev Anticancer Ther 2006 Feb;6(2):269-79.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16445379>
  26. Rödel C, Weiss C, Sauer R. Organ preservation by combined modality treatment in bladder cancer: the European perspective. Semin Radiat Oncol 2005 Jan;15(1):28-35.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15662604>
  27. Rödel C, Grabenbauer GG, Kühn R, et al. Combined-modality treatment and selective organ preservation in invasive bladder cancer: long-term results. J Clin Oncol 2002 Jul;20(14):3061-71.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12118019>
  28. Merseburger AS, Kuczyk MA. The value of bladder-conserving strategies in muscle-invasive bladder carcinoma compared with radical surgery. Curr Opin Urol 2007 Sep;17(5):358-62.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17762631>
  29. Milosevic M, Gospodarowicz M, Zietman A, et al. Radiotherapy for bladder cancer. Urology 2007 Jan;69(1 Suppl):80-92.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17280910>
  30. Rödel C, Weiss C, Sauer R. Trimodality treatment and selective organ preservation for bladder cancer. J Clin Oncol 2006;24(35):5536-44.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17158539>
  31. Zietman AL, Shipley WU, Kaufman DS. Organ-conserving approaches to muscle-invasive bladder cancer: future alternatives to radical cystectomy. Ann Med 2000 Feb;32(1):34-42.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10711576>
  32. Lodde M, Palermo S, Comploj E, et al. Four years experience in bladder preserving management for muscle invasive bladder cancer. Eur Urol 2005 Jun;47(6):773-8;discussion 778-9.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15925072>

## 14. НАБЛЮДЕНИЕ

Выбор соответствующего режима наблюдения за опухолью зависит от следующих параметров:

- естественное время рецидивирования;
- вероятность развития рецидива и области рецидива;
- оценка функциональных нарушений после отведения мочи;
- возможность лечения рецидива [1].

Разработаны номограммы по канцер-специфической выживаемости после радикальной цистэктомии, которые прошли внешнее утверждение, однако более широкое их распространение не может быть рекомендовано до тех пор, пока не будут получены дальнейшие данные [2–4].

Протоколы наблюдения часто основаны на характере рецидива, наблюдаемого в ретроспективных исследованиях. Ведется дискуссия по выявлению бессимптомного рецидива, основанного на рутинном онкологическом наблюдении, однако результаты ретроспективных исследований противоречивы [5, 6]. Важно, что в этих исследованиях использовали различные режимы и методы визуализации, что затрудняет проведение анализа и создание четких рекомендаций. К настоящему времени отсутствуют проспективные исследования, в которых показана эффективность наблюдения после радикальной цистэктомии и, что более важно, влияние на общую выживаемость [7].

### 14.1. Локализация рецидива

#### 14.1.1. Местный рецидив

Местный рецидив может развиваться в мягких тканях в зоне вмешательства или ЛУ в области лимфодиссекции. Поражение ЛУ выше уровня бифуркации аорты считается отдаленным метастазированием [5].

В проведенном недавно исследовании по цистэктомии риск развития тазового рецидива составил 5–15 %. Большинство рецидивов проявляется в течение первых 24, а чаще – 6–18 мес после выполнения операции. Однако наблюдались и поздние рецидивы, выявленные в течение 5 лет после цистэктомии. Прогностическими факторами развития местного рецидива служили категории pT<sub>N</sub> и pN, а также положительный хирургический край, степень лимфодиссекции и проведение периоперативной ХТ [8].