

Оценка качества жизни больных инвазивным раком мочевого пузыря после радикальной цистэктомии

Quality of life estimation in invasive bladder cancer patients after radical cystectomy

I.V. Chernyshev, Yu.V. Samsonov

In despite of achievements in different types of urine derivation, the estimation of life quality in patients underwent of such type of operative treatment still be not only the medical problem, but more social one. There were estimated retrospectively 148 patients with bladder cancer, 145 patients underwent of radical cystectomy and urine derivation. Patients were divided into groups by type of urine derivation. The first group included 66 patients after incontinential form of urine derivation – ileum conduit (Briker operation). The second – 19 patients after ureterosigmoidostomy by Mainz pouch II and in Hassan modification. In the third group were 60 patients with continents forms of urine derivation in different modification. The early and late complications, surviving rate and quality of life were estimated. The last one was appraised by three parameters: physical, psychological and urological. Early postoperative complications were in 20 patients, late – in 24. The effectiveness of the operational treatment of bladder cancer we evaluated on five-year survival. During monitoring 28 patients (19,3%) died. The main cause of death in 23 patients was the progression of cancer. 14 patients died in the first group, 7 – in second and 2 – in third group. In evaluating the quality of life of patients after various forms of urine derivation, we identified that physical component suffers more than psychological and biological components of health. The special questionnaire for patients, underwent the urine derivation can be useful also for patients after other urological operation.

И.В. Чернышев, Ю.В. Самсонов

ФГУ «НИИ урологии Росмедтехнологий», Москва

Проблема деривации мочи продолжает занимать одно из ведущих мест в реконструктивной урологии [1-4]. Впервые уретеросигмостомия была произведена в 1898 г., после этого началось развитие нового направления – кишечная деривация мочи. Особую актуальность оно приобрело в последние годы [2-6]. Однако, несмотря на использование новых технологий, совершенствование хирургического оборудования, применение современных антибактериальных лекарственных средств и усовершенствование анестезиологических пособий, частота осложнений после подобных операций высока и составляет от 10 до 22% [2-10]. В связи с этим проблема улучшения качества жизни данной категории больных остается одной из важных задач современной медицины [2-4, 7, 9, 11-13].

Качество жизни, связанное со здоровьем, является одним из ключевых понятий современной медицины, позволяющих дать глубокий многоплановый анализ важных составляющих здоровья человека в соответствии с критериями Всемирной организации здравоохранения, то есть физиологических, психологи-

ческих и социальных проблем больного человека [11, 12, 14]. Указанные данные свидетельствуют о том, что кишечное отведение мочи в урологической практике представляет не только серьезную медицинскую, но и большую социальную проблему [1-6, 8, 13, 15].

Представленные данные послужили причиной проведения нашего исследования, позволившего оценить качество жизни больных, перенесших различные виды кишечного отведения мочи, и выработать оптимальные количественные критерии прогнозирования нарушений качества жизни по клиническим и социально-психологическим показателям.

Цель исследования. Повысить эффективность лечения и качество жизни больных после радикальной цистэктомии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под наблюдением в НИИ урологии с 1997 по 2009 гг. находятся 148 пациентов: 126 (85,14%) мужчин и 22 (14,86%) женщины с инвазивным РМП в возрасте от 36 до 78 лет, средний возраст – 64,2 года.

В таблице 1 представлено распределение пациентов по стадиям, при этом более чем у половины больных стадия T₂-T₃.

Радикальная цистэктомия выполнена 145 (97,9%) пациентам. Ортотопическая пластика мочевого пузыря произведена 44 больным, формирование гетеротопического резервуара – 16, уретеросигмостомия в модификациях – 19 пациентам. Наложение илеум кондуита (операция Брикера) – 66 пациентам. Одномоментная уретрэктомия – 23 больным. Трём больным была выполнена только деривация мочи без цистэктомии.

Морфологический тип опухоли был представлен переходноклеточным раком мочевого пузыря со степенью дифференцировки G_1 у 2 (1,3%) больных, G_2 – у 77 (52,0%), G_3 – у 67 (45,3%) пациентов. В одном наблюдении выявлена лейомиофибросаркома (0,7%), в другом – аденокарцинома (0,7%).

Всем больным применяли как общепринятые клинические, так и специальные методы обследования: УЗИ, компьютерная и (или) магниторезонансная томография, эндоскопические и морфологические исследования, цитологическое исследование мочи, динамическая нефросцинтиграфия.

При физикальном осмотре оценивались следующие показатели: общий соматический статус пациента, уровень физического и интеллектуального развития, состояние передней брюшной стенки, обращали внимание на наличие рубцовой деформации.

Оперативное лечение проводилось с использованием всех доступных и апробированных методов, применяли различные виды кишечной деривации мочи. В послеоперационном периоде назначалась антибактериальная и противогрибковая терапия.

При поражении простатического отдела уретры и шейки мочевого пузыря, выявлении опухолевых клеток в препарате, полученном при уретроскопии с биопсией, обнаружении опухолевых клеток при экспресс-биопсии из свободного

Таблица 1. Распределение пациентов по стадиям заболевания

Стадия заболевания	Количество пациентов	%
$T_2N_0M_0$	48	32,43
$T_{3a}N_0M_0$	30	20,27
$T_{3b}N_0M_0$	44	29,73
$T_4N_0M_0$	5	3,38
$T_2N_1M_0$	4	2,70
$T_{3a}N_1M_0$	7	4,73
$T_{3b}N_1M_0$	9	6,08
$T_4N_1M_0$	1	0,67

согласно Международной классификации TNM онкологических заболеваний, 1997 г.

края уретры, поражении шейки мочевого пузыря и треугольника Лье-то в сочетании с низкой степенью дифференцировки рака у женщин, а также опухолевой инвазии передней стенки влагалища выполнялась уретрэктомия.

Неoadъювантная химиотерапия проведена 12 больным по схемам CAP: Циклофосфан 500 мг/м² внутривенно в 1-й день + Доксорубицин (фарморубицин, адриабластин) 50 мг/м² внутривенно в 1-й день + Цисплатин 100 мг/м² внутривенно в 1-й день и GC: Гемзар (гемцитобин) 1000 мг/м² внутривенно на 1-й, 8-й и 15-й дни + Цисплатин 70 мг/м² внутривенно во 2 день. Восемнадцати пациентам выполнена адъювантная химиотерапия. Лучевая терапия проводилась 4 больным курсовой дозой 60-70 Грей.

Больные были разделены на три группы в зависимости от типа отведения мочи. I группу составили 66 больных, которым была выполнена инконтинентная форма деривации мочи – илеум конduit (операция Брикера). Во II группу были включены 19 больных после уретеросигмостомии по Mainz pouch II и в модификации Хасана. В третью группу были отнесены 60 пациентов с континетными формами отведения мочи в различных модификациях: 44 пациента с ортотопической пластикой мочевого пузыря и 16 пациентов с гетеротопическим резервуаром.

Оценка качества жизни проводилась при помощи общего опросника MOS-SF-36, хотя и не специфичного для кишечной деривации мочи,

но признанного международным инструментом изучения качества жизни. Он содержит вопросы, касающиеся взглядов пациентов на свое здоровье. Шкалы группируются в два интегральных показателя: физический компонент здоровья (Physical health – PH1) и психологический компонент здоровья (Psychical health – PH2). Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100, где 100 соответствует полному здоровью.

Для определения состояния здоровья после кишечной деривации мочи мы использовали составленную нами анкету. Она содержит вопросы, связанные с влиянием заболевания на осуществление повседневной деятельности, на возникновение дискомфорта, слабости, бессонницы, кишечных расстройств. Особое внимание в анкете уделялось пунктам, характеризующим влияние перенесенной операции на качество жизни (наличие или отсутствие гематурии, недержания и неудержания мочи, примеси крови к калу и т. д.) (приложение 1).

С использованием указанных показателей был проведен ретроспективный анализ отдаленных результатов лечения и влияния различных методов отведения мочи на качество жизни.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Ранние послеоперационные осложнения выявлены у 20 больных, поздние – у 24. Среди ранних осложнений послеоперационного периода мы выделяли: несостоятельность энтероэнтероанастомоза – у 1, ранняя спаечная болезнь, ■

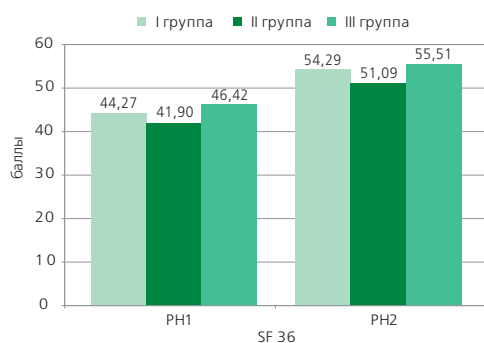


Рисунок. Качество жизни при разных видах кишечной деривации мочи

PH1-Physical health (физический компонент здоровья) и **PH2-Psychical health** (психологический компонент здоровья)

потребовавшая наложения колостомы, была выявлена у 2, расхождение послеоперационных швов и заживление вторичным натяжением – у 6, острый пиелонефрит, возникший на фоне пузырно-мочеточникового рефлюкса, – у 5, а также парез желудочно-кишечного тракта – у 6 пациентов, который потребовал в 2-х случаях повторного оперативного вмешательства.

Из поздних послеоперационных осложнений необходимо отметить гиперхлоремический ацидоз у 14 больных, перенесших уретеросигмостомию. Обострение хронического пиелонефрита на фоне стриктур нижних третей мочеточника отмечено у 3-х пациентов, пузырно-мочеточникового рефлюкса – у 11. Интермиттирующая хроническая почечная недостаточность, как следствие прогрессирующего пиелонефрита, – у 8 больных.

Эффективность континентного отведения мочи оценивалась в отношении функции удержания и емкости искусственного резервуара.

Ночное недержание мочи наблюдалось у 3 (5%) пациентов с континентным резервуаром и у 3-х (15,8%) больных – после уретеросигмостомии. Ночное недержание мочи выявлено у 12 пациентов. Недержание и недержание мочи у всех больных носило преимущественно ночной характер. Средняя емкость искусственного резервуара составила более 300 мл. В связи с развитием рецидива опухоли и появлением метастазов 30 (20,3%) больным проведена

системная химиотерапия и 4 пациентам – лучевая терапия. Системная химиотерапия была эффективна у 26 (86,7%) больных, лучевая терапия – у 2 (50%) пациентов. Рецидив рака мочевого пузыря к концу периода динамического наблюдения выявлен у 15 больных (10,1%). В процессе динамического наблюдения пациентам, перенесшим уретеросигмостомию, мы проводили уретроскопию с цитологическим исследованием, выявившим у 5 больных рецидив рака мочевого пузыря с инвазией в дистальный отдел уретры. Всем пациентам была выполнена отсроченная уретрэктомия.

Двум больным с раком мочевого пузыря и произведенной ранее уретеросигмостомией в дальнейшем была выполнена конверсия в илеум-конduit в связи с некорригируемым декомпенсированным гиперхлоремическим ацидозом и газовым рефлюксом.

Эффективность оперативного лечения рака мочевого пузыря мы оценивали по пятилетней выживаемости. За время наблюдения всего умерло 28 (19,3%) пациентов. Основной причиной смерти у 23 пациентов было прогрессирование онкологического заболевания, в I группе умерло 14 больных, во II – 7 и в III группе – 2 больных. К сопутствующим заболеваниям, ставшими причиной смерти, относились атеросклероз сосудов головного мозга, осложнившийся острым нарушением мозгового кровообращения, и ИБС, осложнившаяся инфарктом миокарда. Чаще всего смерть больных по этой причине наступала на протяжении первого года наблюдения.

Наличие эрекции отмечено у 16 (11,0%) оперированных больных.

Следующим этапом нашего исследования явилось изучение роли качества жизни пациентов с различными видами кишечной деривации мочи. Нам представляется наиболее приемлемым определение качества жизни, предложенное в

работе N.K. Aaronson «Quality of life assessment in clinical trials» (1998): «Качество жизни – интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанная на собственном восприятии». Это позволяет оценить результаты по параметрам, которые находятся на стыке научного подхода специалистов и субъективной точки зрения пациентов.

Несмотря на значительное количество исследований, посвященных качеству жизни больных, перенесших кишечную деривацию мочи, ясности в этом вопросе пока не достигнуто. Объясняется это различием применяемых инструментов исследования (опросников и анкет), в ряде случаев – недостаточным количеством обследуемых, их не вполне удачной группировкой, но, в первую очередь, отсутствием специализированных опросников для исследования урологических больных. Данный фактор вынуждает исследователей дополнять существующие опросники, в частности MOS SF-36, использованный нами в работе, анкетами, большая часть вопросов которых посвящена урологическим проблемам.

При оценке качества жизни с разными формами кишечного отведения мочи мы выделили 3 составляющие: физический, психологический и биологический компоненты здоровья. Выраженная симптоматика, встречающаяся у больных (частое болезненное мочеиспускание, боли внизу живота, цистостомический дренаж, периодическая примесь крови в моче), приводит к ухудшению их физического состояния, а хроническое прогрессирующее течение вызывает проблемы психологического характера и ограничение социальной активности.

По нашему мнению, повышение точности оценки качества жизни предполагает отдельный анализ составляющих качества жизни по отдельным шкалам опросника.

Оценивая физический компонент здоровья в целом, мы выявили во всех исследованных группах «хорошее» качество жизни. Однако, при оценке по отдельным шкалам опросника отмечается снижение качества жизни, в основном обусловленное категорией «интенсивность боли», особенно у пациентов после деривации мочи в непрерывный кишечник – уретеросигмостомии, что, вероятно, связано с большим количеством различных послеоперационных осложнений, таких как гиперхлоремический ацидоз и «пузырно»-мочеточниковый кишечный и газовый рефлюкс. Высокие баллы, полученные у пациентов с инконтинентной формой деривации мочи по шкале физического функционирования, отражают «очень хорошее» качество жизни, что свидетельствует о хорошей социальной адаптации и адаптации к таким физическим нагрузкам как ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей.

Анализ шкал психологического компонента здоровья в сравниваемых группах в целом показал достоверно хороший уровень качества жизни. У пациентов с континентными формами отведения мочи показатели ролевого функционирования достигли 90,3, что относится к категории «отлично» и, по результатам нашего исследования, вероятно, обусловлены относительно молодым возрастом больных и приближенностью ортотопического мочевого резервуара к физиологическому нижнему мочевому тракту. Низкие баллы по этим показателям у пациентов с уретеросигмостомией могут быть связаны с психоэмоциональной нестабильностью больных за счет периодически возникающего дискомфорта в области ануса, неудержания мочи, неприятного запаха от себя.

При изучении состояния биологического здоровья нами были выделены следующие понятия: биологический компонент качества жизни,

Таблица 2. Функция удержания мочи у пациентов с континентными формами деривации мочи

Функция удержания мочи	Тип деривации мочи		Р
	II группа	III группа	
Дневное удержание мочи	1,24 ± 0,44	1,16 ± 0,51	0,58
Ночное удержание мочи	1,82 ± 0,72	1,5 ± 0,72	0,14

урологический индекс и показатель функции удержания мочи, которые дают более полное представление о качестве жизни после кишечной деривации мочи.

При оценке урологического индекса нами выявлена аналогичная зависимость, как и при анализе физического и психологического компонентов качества жизни. При сравнении количественных показателей в трех группах отмечен высокий балл у пациентов с континентной деривацией мочи, самый низкий – у пациентов после уретеросигмостомии, являющиеся статистически достоверными, что уменьшает влияние урологического индекса на качество жизни пациентов перенесших различные виды кишечной деривации мочи.

Показатель функции удержания мочи мы оценили во II и III группах, так как I группа представлена пациентами с инконтинентной формой кишечной деривации мочи. Исходя из полученных данных, следует, что функция дневного и ночного удержания мочи несколько хуже у пациентов после уретеросигмостомии, у которых функцию удержания мочи осуществляет анальный сфинктер, функционально не предназначенный для удержания жидкости (таблица 2).

Таким образом, подводя итог исследования качества жизни пациентов, перенесших различные виды кишечной деривации мочи, по опроснику MOS SF-36 можно сказать, что качество жизни пациентов всех групп «хорошее». Показатели психологического здоровья в целом лучше, чем физического.

В ходе проведенного исследования мы оценили качество жизни больных после различных форм кишечной деривации мочи, дополнив

его разработанной нами анкетой, определив, что больше всего страдает физический компонент, на втором месте психологический, на третьем – биологический компонент здоровья.

Кроме того, представляется целесообразным разработать, апробировать и утвердить специализированный опросник, который позволит унифицировать метод для исследований качества жизни в урологии.

Выводы

1. Илеум конduit (операция Брикера), выполненный у пожилых пациентов с отягощенным соматическим статусом, обеспечивает «хорошее» качество жизни по физическому, психологическому и урологическому компонентам здоровья.

2. Уретеросигмостомия с формированием резервуара, несмотря на техническую простоту выполнения, является наиболее отягощенной по количеству послеоперационных осложнений, что, вероятно, связано с особенностями деривации мочи в непрерывный кишечник.

3. Качество жизни больных, перенесших уретеросигмостомию, имеет самые низкие показатели по всем компонентам.

4. Пациенты с континентными формами отведения мочи, по данным комплексного исследования физического, психологического и урологического компонентов здоровья, отмечают «очень хорошее» качество жизни и максимальную социальную адаптацию трудоспособного контингента больных.

5. Разработанная методика изучения качества жизни позволяет оценить эффективность радикального лечения и качество жизни больных инвазивным раком мочевого пузыря. ■

Приложение 1.

Анкета

1. Как часто Вы замечаете примесь крови к моче?

Часто (1 раз в неделю)..... 1
 Не часто (1 раз в месяц)..... 2
 Редко (1 раз в полгода)..... 3
 Очень редко (1 раз в год)..... 4
 Не бывает..... 5

2. Как часто у Вас бывает примесь крови в кале?

Часто (1 раз в неделю)..... 1
 Не часто (1 раз в месяц)..... 2
 Редко (1 раз в полгода)..... 3
 Очень редко (1 раз в год)..... 4
 Не бывает..... 5

3. Возникают у Вас неприятные ощущения в области заднего прохода?

Часто (1 раз в неделю)..... 1
 Не часто (1 раз в месяц)..... 2
 Редко (1 раз в полгода)..... 3
 Очень редко (1 раз в год)..... 4
 Нет..... 5

4. Ощущаете ли Вы (неприятный) запах мочи от себя?

Часто (1 раз в неделю)..... 1
 Не часто (1 раз в месяц)..... 2
 Редко (1 раз в полгода)..... 3
 Очень редко (1 раз в год)..... 4
 Нет..... 5

5. Нуждаетесь ли Вы в дополнительном отдыхе?

Часто (1 раз в неделю)..... 1
 Не часто (1 раз в месяц)..... 2
 Редко (1 раз в полгода)..... 3
 Очень редко (1 раз в год)..... 4
 Нет..... 5

6. Ощущаете ли Вы слабость?

Часто (1 раз в неделю)..... 1
 Не часто (1 раз в месяц)..... 2
 Редко (1 раз в полгода)..... 3
 Очень редко (1 раз в год)..... 4
 Нет..... 5

7. Устаете ли Вы?

Часто (1 раз в неделю)..... 1
 Не часто (1 раз в месяц)..... 2
 Редко (1 раз в полгода)..... 3
 Очень редко (1 раз в год)..... 4
 Нет..... 5

8. Беспокоит ли Вас бессонница?

Часто (1 раз в неделю)..... 1
 Не часто (1 раз в месяц)..... 2
 Редко (1 раз в полгода)..... 3
 Очень редко (1 раз в год)..... 4
 Нет..... 5

9. Как часто у Вас отмечается потеря аппетита?

Часто (1 раз в неделю)..... 1
 Не часто (1 раз в месяц)..... 2
 Редко (1 раз в полгода)..... 3
 Очень редко (1 раз в год)..... 4
 Не отмечается..... 5

10. Как часто у Вас возникает тошнота?

Часто (1 раз в неделю)..... 1
 Не часто (1 раз в месяц)..... 2
 Редко (1 раз в полгода)..... 3
 Очень редко (1 раз в год)..... 4
 Не возникает..... 5

11. Как часто у Вас бывает рвота?

Часто (1 раз в неделю)..... 1
 Не часто (1 раз в месяц)..... 2
 Редко (1 раз в полгода)..... 3
 Очень редко (1 раз в год)..... 4
 Не бывает..... 5

12. Беспокоят ли Вас запоры?

Часто (1 раз в неделю)..... 1
 Не часто (1 раз в месяц)..... 2
 Редко (1 раз в полгода)..... 3
 Очень редко (1 раз в год)..... 4
 Не беспокоят..... 5

13. Как часто Вас беспокоит понос?

Часто (1 раз в неделю)..... 1
 Не часто (1 раз в месяц)..... 2
 Редко (1 раз в полгода)..... 3
 Очень редко (1 раз в год)..... 4
 Не беспокоит..... 5

15. Возникают ли у Вас затруднения при катетеризации мочевого резервуара?

Часто (1 раз в неделю)..... 1
 Не часто (1 раз в месяц)..... 2
 Редко (1 раз в полгода)..... 3
 Очень редко (1 раз в год)..... 4
 Не возникает..... 5

Часто (1 раз в неделю)..... 1
 Не часто (1 раз в месяц)..... 2
 Редко (1 раз в полгода)..... 3
 Очень редко (1 раз в год)..... 4
 Не возникают..... 5

16. Вызывает ли у Вас затруднение замедления мочеиспускания?

Часто (1 раз в неделю)..... 1
 Не часто (1 раз в месяц)..... 2
 Редко (1 раз в полгода)..... 3
 Очень редко (1 раз в год)..... 4
 Не вызывает..... 5

17. Возникает ли у Вас ощущение неполного опорожнения мочевого резервуара?

Часто (1 раз в неделю)..... 1
 Не часто (1 раз в месяц)..... 2
 Редко (1 раз в полгода)..... 3
 Очень редко (1 раз в год)..... 4
 Не возникает..... 5

18. Как часто у Вас возникает необходимость визита к врачу?

Часто (1 раз в неделю)..... 1
 Не часто (1 раз в месяц)..... 2
 Редко (1 раз в полгода)..... 3
 Очень редко (1 раз в год)..... 4
 Не возникает..... 5

В данной анкете используется субъективная оценка возникновения симптомов: больной выбирает между категориями «часто», «не часто», «редко», «очень редко», «не бывает», ориентируясь на временные интервалы (1 раз в неделю, 1 раз в месяц, 1 раз в полгода, 1 раз в год).

14. Определение функции удержания мочи представлено в следующей таблице.

Критерий	Характеристика функции удержания мочи	Качество жизни больного
Дневное время		
Полностью сухой без необходимости защиты, полностью сухой, защита прокладкой на всякий случай	Функция удержания мочи безупречная	Хорошее
Не более 1 прокладки в день, промокает 1 или 2 раза в неделю, не более 1 влажной прокладки в день	Удержание мочи удовлетворительное с социальной точки зрения	Удовлетворительное
Более 1 прокладки в день, влажной или сильно промокнувшей	Недержание мочи	Неудовлетворительное
Ночное время		
Полностью сухой без необходимости защиты, полностью сухой защита прокладкой не всякий случай	Функция удержания мочи безупречная	Хорошее
Полностью сухой, 2 мочеиспускания за ночь, полностью сухой 3 мочеиспускания за ночь	Удержание мочи удовлетворительное с функциональной точки зрения	Удовлетворительное
Не более 1 прокладки за ночь, промокает 1 или 2 раза в неделю, не более 1 влажной прокладки за ночь	Удержание мочи удовлетворительное с социальной точки зрения	Удовлетворительное
Более 1 прокладки за ночь, влажной или сильно промокнувшей	Недержание мочи	Неудовлетворительное

Ключевые слова: рак мочевого пузыря, радикальная цистэктомия, качество жизни, отдаленные результаты.

ЛИТЕРАТУРА

- Горячев И.А., Левковский И.С. Повреждения мочевого пузыря. В кн.: Руководство по урологии. Ред. Н.А. Лопаткин. М. Медицина. 1998; т. 3. С. 34-53.
- Даренков С.П., Соколов А.Е., Гориловский М.Л., Самсонов Ю.В., Очархаджиев С.Б. Деривация мочи у больных с последствиями травм нижних мочевых путей. // Материалы X Российского съезда урологов. Москва, 1-3 октября 2002 г. М. 2002. С. 550-551.
- Матвеев Б.П., Фигурин К.М., Карякин О.Б. Рак мочевого пузыря. М. Вердана. 2002. С. 6-13.
- Руководство по онкоурологии. / Под ред. Б.П. Матвеева. РОНЦ имени Н.Н. Блохина. М. 2003. 216 с.
- Abol-Enein H. Continent urinary diversion: an overview. Edited by Mansoura University (Mansoura - Egypt). 2003. P. 84.
- Fisch M., Wammack R., Muller S.C. et al. The Mainz pouch II (sigma rectum pouch). // J. Urol. 1993. Vol. 149. № 2. P. 258-263.
- Golomb J., Klutke C.G. and Raz S. Complications of bladder substitution and continent urinary diversion. // Urol. 1989. Vol. 34. P. 329-333.
- Hautmann R.E., Egghart G., Frohneberg D. and Miller K. The ileal neobladder. // J. Urol. 1988. Vol. 139. P. 39-43.
- Mansson A., Johnson G., Mansson W. Quality of life after cystectomy. Comparison between patients with conduit and those with continent caecal reservoir urinary diversion. // Br. J. Urol. 1988. Vol. 62. P. 240-245.
- Studer U., Furger P. Psycho-social reintegration of the urostoma patients. // Schweiz. Med. Wochenschr. 1981. Vol. 111. P. 1834-1839.
- Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. СПб. Издательский дом «Нева». М. Олма-пресс Звездный мир. 2002. 320 с.
- Aaronson N.K. Quality of life assessment in clinical trials: methodological issues. // Control Clin. Trials. 1989. Vol. 10. P. 195-208.
- Chadwick D.J., Stower M.J. Life with urostomy. // Br. J. Urol. 1990. Vol. 65. P. 189-191.
- Есипов А. В. Сравнительная оценка качества жизни больных, перенесших операции по поводу доброкачественной гиперплазии предстательной железы. Дисс. канд. мед. наук. М. 2001, 130 с.
- Вишневский Е.П. Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря. В кн.: Руководство по урологии. / Ред. Н.А. Лопаткин. М. Медицина. 1998. Т. 2. С. 232-250.
- Карякин О.Б., Гришин Г.Н., Володина Т.В. Диагностика и лечение метастазов рака мочевого пузыря. // Урология и нефрология. 1997. № 2. С. 22-25.