

39. Boerma E.G. et al. Relationship between sublingual and intestinal microcirculatory perfusion in patients with abdominal sepsis // Critical Care Medicine. - 2007. - Vol. 35, №4. - P. 1055-1060.
 40. Bone R.C., Grodzin C.J., Balk R.A. Sepsis: a new hypothesis for pathogenesis of the disease process // Chest. - 1997. - Vol. 112, № 1. - P. 235-243.
 41. Gelmont D. Definition and Pathophysiology of Sepsis.: теоретические и клинические проблемы современной реаниматологии: мат-лы Междун. симпозиума, посвящ. 90-летию акад. РАМН В.А. Неговского (23-24 марта, 1999, Москва). - М., 1999. - С. 26-27.
 42. Delibegovic S. Pathophysiological changes in peritonitis // Medical Archive. - 2007. - Vol. 61, №2. - P. 109-113.
 43. Ellis G.E., Jagger J., Sharpe M. The microcirculation as a functional system // Critical Care. - 2005. - Vol. 9, № 4. - P. 3-8.
 44. Ferri L.E. et al. Intra-abdominal sepsis attenuates local inflammation-mediated increases in microvascular permeability at remote sites in mice in vivo // Surgery. - 2004. - Vol. 135, №2. - P. 187-195.
 45. Fujimura N. et al. Effect of free radical scavengers on diaphragmatic contractility in septic peritonitis // American Journal of respiratory critical care medicine. - 2000. - Vol. 162, №6. - P. 2159-2165.
 46. Ince C. The microcirculation is the motor of sepsis // Crit Care. - 2005. - Vol. 9, № 4. - P.13-19.
 47. Konukoglu D., Ilyem H., Ziyen E. Antioxidant status in experimental peritonitis: effects of alpha tocopherol and taurine // Pharmacol Research. - 1999. - Vol. 39, № 3. - P. 247-511.
 48. Kumar Y., Singh G., Davidson B.R. Free radical and antioxidant levels in patients with secondary peritonitis and their prognostic significance // Digestive Surgery. - 2007. - Vol. 24, №5. - P. 331-337.
 49. Kvietys P.R. Microvascular dysfunction in sepsis // Microcirculation. - 2000. - Vol. 7, №2. - P. 83-101.
 50. Matsuda N., Hattori Y. Vascular biology in sepsis: pathophysiological and therapeutic significance of vascular dysfunction // Journal of Smooth Muscle Research. - 2007. - Vol. 43, №4. - P. 117-137.
 51. Ogilvie A.C., Groeneveld A.B.J., Straub J.P. et al. Plasma lipid peroxides and antioxidant in human septic shock // Intensive Care Med. - 1991. - Vol. 17. - P. 40-44.
 52. Parihar A. Oxidative stress and anti-oxidative mobilization in burn injury // Burns. - 2008. - Vol. 34, №1. - P. 6-17.
 53. Pieracci F.M., Barie P.S. Management of severe sepsis of abdominal origin // Scandinavian Journal Of Surgery. - 2007. - Vol. 96, № 3. - P. 184-196.
 54. Rivers E. et al. Early goal-directed therapy in the treatment of severe sepsis and septic shock.
 55. SCCM/ESICM/ACCP/ATS/SIS International Sepsis Definitions Conference // Critical Care Medicine. - 2003. - Vol. 31, № 4.
 56. Shimaoka M., Park E.J. Advances in understanding sepsis // European Journal of Anaesthesiology Suppl. - 2008. - Vol. 42. - P. 146-153.
- Координаты для связи с автором:** Невская Нина Александровна — аспирант кафедры хирургии ДВГМУ, e-mail: newskayan@rambler.ru



УДК 616. 62/. 63. 001.6 - 003. 96 (021)

А.Б. Строганов

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ВЫБОР СПОСОБА ДЕРИВАЦИИ МОЧИ И РЕКОНСТРУКЦИИ МОЧЕВЫХ РЕЗЕРВУАРОВ

*Нижегородская государственная медицинская академия;
Приволжский окружной медицинский центр, Институт ФСБ России, г. Нижний Новгород*

Вопрос о способе деривации мочи неизбежно встает при необходимости выполнения цистэктомии по различным показаниям, хотя в большинстве источников литературы указывается на актуальность данной проблемы лишь в отношении больных с инвазивным раком мочевого пузыря (РМП). Это связано с тем, что за последние 10 лет в России прирост больных РМП составил 58,6% [1]. По темпам роста среди онкоурологических заболеваний РМП занимает 2 место после рака предстательной железы [15, 21].

Исторические аспекты. Развитие и внедрение цистэктомии не только при РМП, но и при потере функ-

циональности мочевого пузыря неразрывно связано с изучением способов деривации мочи. В 1852 г. английский хирург J. Simon впервые сообщил о возможности отведения мочи в анатомически сохраненный кишечный тракт после успешного выполнения данной операции у 13-летнего мальчика, страдавшего экстремией мочевого пузыря [43]. Затем в 1888 г. G. Tizzoni и A. Foggi в эксперименте на животном выполнили кишечную пластику мочевого пузыря [47]. Цистэктомию при РМП впервые выполнил В. Bardenheuer [25]. В России в 1911 г. профессор С.П. Федоров произвел цистэктомию с пересадкой

мочеточников в прямую кишку. Уретеросигмостомия не получила широкого признания из-за своих недостатков: высокого давления в просвете нерассеченной кишки, обусловленного перистальтикой, приводящего не только к развитию ретроградного рефлюкса, вторичному хроническому пиелонефриту, но и к ХПН, уремии, уросепсису, а также к недержанию мочи в прямой кишке [4].

Современное состояние проблемы. Новый толчок в изучении способов отведения мочи связан с применением различных сегментов желудочно-кишечного тракта. Об успешном использовании участка подвздошной кишки для отведения мочи на кожу впервые в 1910 г. сообщил Zaayer [39]. Однако потребовалось почти 40 лет, за которые от осложнений, в первую очередь от гиперхлоремического ацидоза, развившегося практически у 80% больных, перенесших прямую уретеросигмостомию, погибло большое число пациентов. Только в 1950 г. для деривации мочи Е.М. Bricker предложил использовать более безопасный способ с применением подвздошно-кишечной «влажной» уростомы [28]. Двумя годами позже R. Ubelhor впервые описал технику надпузырного отведения мочи с использованием отключенного участка сигмовидной кишки (кондуита). Преимуществами создания данного кондуита являлись возможность антирефлюксной имплантации мочеточников, снижение риска стенозирования кожной уростомы, ретроградного рефлюкса за счет меньшего давления в стоме, выполненной из кишки большего диаметра, чем подвздошная кишка [48]. Для деривации мочи у пациенток со злокачественными опухолями репродуктивной системы, наличием постлучевого повреждения кишечника и облитерации дистальных отделов мочеточников ряд авторов использовали конduit, сформированный из поперечно-ободочной кишки. У больных с тотальным постлучевым повреждением мочеточников или при наличии ретроперитонеального фиброза по жизненным показаниям поперечно-ободочный конduit анастомозировали непосредственно с лоханкой почки, формируя пиелотрансверзо-пиелокутанеостому [42]. В большинстве ранних работ, посвященных способам отведения мочи, обращалось внимание на защиту верхних мочевых путей от инфекции при использовании нерассеченного сигмоидного отдела кишечника. В более поздних трудах авторы указывали на аналогичные проблемы, возникающие при использовании сегмента кишки как для формирования континентной уростомы, так и для ортотопического мочевого пузыря [5, 39, 44]. В 1959 г. W. Goodwin сообщил о первом использовании детубуляризованного (рассеченного) участка подвздошной кишки для реконструкции мочевого резервуара низкого давления. Данный способ позволил не только увеличить емкость резервуара и снизить минимальные пики внутри резервуарного давления, но и уменьшить вероятность ретроградного рефлюкса, развития вторичного хронического пиелонефрита, а также снизить процент недержания мочи [32]. После этого в 1975 г. впервые в Швеции N.G. Kock с целью деривации мочи успешно выполнил подвздошно-кишечный континентный (гетеротопический) резервуар накопительного типа [35].

Развитие и совершенствование операций по формированию накопительных резервуаров привело к определенным успехам в изучении проблемы деривации мочи после цистэктомии. Разработано и внедрено множество

Резюме

В данном обзоре авторы описывают формирование современных подходов к выбору способа деривации мочи и реконструкции мочевых резервуаров из различных отделов желудочно-кишечного тракта. В статье раскрывается проблема стандартизации подходов к лечению пациентов, которым необходимо протезировать функцию удаленного по различным показаниям органа — мочевого пузыря.

Ключевые слова: деривация мочи, реконструктивная урология.

A.B. Stroganov

CONTEMPORARY VIEW ON THE SELECTION OF THE METHOD OF URINE DERIVATION AND RECONSTRUCTION OF URINARY RESERVOIRS

*Nizhny-Novgorod state medical academy;
Volga circumferential medical center,
Institute of FSB of Russia, Nizhny Novgorod*

Summary

In this article the author describe formation of contemporary approaches to the selection of the method of urine derivation and reconstruction of urinary reservoirs from different divisions of gastrointestinal tract. In the article the problem of the standardization of approaches to the treatment of patients, who need prosthesis of the functional organ remote due to different indications - the bladder is discussed.

Key words: derivation of urine, reconstructive urology.

модификаций данных операций. Среди них можно отметить наиболее распространенные способы: с использованием илеоцекального отдела кишечника по Mainz-pouch I или по Indiana pouch, слепой кишки с подслизистым серозно-мышечным кондуитом при отсутствии аппендикса, а также сегмента тонкой кишки и другие [2, 3, 8, 36, 41, 46]. Противопоказаниями к реконструкции резервуаров накопительного типа являются ментальная или физическая неполноценность пациента, не позволяющая обучиться и проводить самокатетеризацию. Среди противопоказаний выделяют облучение илеоцекальной области, а также снижение функции почек (креатинин не более 1,5 мг/%). Однако и данные операции не были лишены недостатков. Пациентов в первую очередь беспокоила зависимость от постоянной катетеризации резервуара для отведения мочи, что значительно снижало качество их жизни.

В этой связи более активно разрабатывалось и другое направление — операции с внутренним дренированием мочи в непрерывный кишечник. Современным развитием данной идеи являются операции по формированию резервуара низкого давления для накопления мочи, открывающегося в сигмовидную или прямую кишку. Одну из таких операций впервые описал в 1992 г. M. Fisch [30]. Она заключалась в реконструкции сигмоидального резервуара (модификация Mainz pouch II) из противобрыжечно рассеченной и U-образно сшитой петли сигмовидной кишки. Предложенный способ деривации мочи позволил снизить внутрикишечное давление за счет устранения циркулярной перистальтики, уменьшить риск

развития вторичного хронического пиелонефрита, что повысило общую выживаемость и качество жизни. Однако и данный способ отведения мочи был показан далеко не во всех случаях. В частности, его нельзя использовать при неспособности больного удерживать в прямой кишке 200-300 мл жидкости при проведении соответствующей пробы. Кроме того, данный вариант деривации мочи противопоказан при недостаточной функции почек, дивертикулах или полипах сигмовидной кишки, а также при предшествующей или запланированной радиотерапии [6, 7, 13, 17, 24, 26, 30].

Дальнейший поиск совершенного способа отведения мочи привел к реконструкции более физиологичного ортотопического (артифициального) мочевого пузыря. Именно такой путь с использованием привычного способа мочеотделения — через уретру, позволял достичь наилучшего уровня качества жизни после операции [9, 14, 16, 19, 20, 22]. В настоящее время предложено множество модификаций формирования ортотопического мочевого пузыря. Во многих клиниках мира данный способ деривации мочи после радикальной цистэктомии уже является вполне обычной операцией, которую при отсутствии противопоказаний выбирают чаще всего. При выборе кишечного трансплантата, необходимого для реконструкции мочевого резервуара, руководствуются различными доводами. Например, в случае необходимости одномоментной деривации мочи после эвисцерации органов таза по поводу рака прямой кишки с инвазией в мочевой пузырь, доказано преимущество толстокишечной пластики, в связи с тем, что она достоверно сокращает время реконструктивного этапа на 45 ± 10 мин [11]. Однако далеко не всегда временной фактор должен играть решающее значение. Выбор сигмовидной кишки ряд авторов объясняют некоторым ее сходством с функцией мочевого пузыря, меньшей реабсорбционной способностью слизистой оболочки и продуцированием слизи, а также большей сократительной силой мышечной стенки, в отличие от тонкой кишки [18, 23, 31]. Однако из-за короткой длины брыжейки сигмовидный резервуар далеко не всегда удается без натяжения анастомозировать с уретрой. Другие авторы считают, что тонкокишечная пластика мочевого пузыря является более безопасной и простой. При этом сократительная способность стенки тонкой кишки вполне достаточна для полного опорожнения резервуара [4, 16, 45]. После десятилетий поиска «идеального» желудочно-кишечного сегмента для реконструкции мочевого пузыря, большинство хирургов предпочитают использовать подвздошную кишку в связи с более низкими пиками давления внутри резервуара, минимальными метаболическими нарушениями, а также достаточно простой хирургической техникой. В этой связи наиболее функциональным способом деривации мочи является формирование артифициального мочевого резервуара низкого давления по Studer, Camey или VIP. Данные способы практически не приводят к нарушению работы почек и регуляции обмена солей [2, 11, 16, 27, 33, 38, 45]. После ортотопической реконструкции частота хирургических осложнений значительно ниже, чем при других способах деривации мочи. Однако, даже после безупречно выполненной операции, у 8,2-33,3% пациентов в течение нескольких месяцев сохраняется недержание мочи, особенно в ночное время. Несмотря на это,

большинство пациентов отдают предпочтение именно артифициальному мочевому пузырю [5, 14, 18-20, 29].

Использование других альтернативных способов создания ортотопического мочевого пузыря с применением различных участков кишечного тракта: желудка по Hauri-Koraitim, тонкой кишки по Camey II, подвздошной по Hemi-Kock, илеоцекального сегмента по Mainz-pouch I или по Indiana pouch, поперечно-ободочной по Benson-Olsson и сигмовидной кишки, лишь расширяет возможности хирурга для восстановления функции утраченного органа и делает его более подготовленным к необычным интраоперационным ситуациям [9-11, 14, 37, 40, 46]. Это особенно важно при проведении комбинированных операций на органах малого таза по поводу злокачественных опухолей, а также при реабилитации пациентов с сочетанными, в том числе огнестрельными повреждениями.

В настоящее время Европейской ассоциацией урологов по лечению РМП рекомендовано к использованию четыре метода выбора деривации мочи: отведение в изолированный сегмент подвздошной кишки (ileal conduit), ортотопическое замещение мочевого пузыря, континентные резервуары и уретеросигмоидостомия. При этом ортотопическая реконструкция является первой в выборе, так как обеспечивает длительный хороший исход в отношении качества жизни, а также лучшую адаптацию в социальном плане. Противопоказаниями к более сложным видам деривации мочи (ортотопической или гетеротопической реконструкции) являются прогрессирование неврологических или психических заболеваний, ожидаемый короткий период жизни, нарушение функции печени и почек, прорастание рака в простатическую часть уретры или шейку мочевого пузыря (у женщин), распространенный рак Tis, высокая доза предоперационной лучевой терапии, наличие комплексных стриктур уретры и предшествующее недержание мочи (у женщин) [34]. В клинических рекомендациях для Российского общества урологов после радикальной цистэктомии также указывается на вышеперечисленные способы отведения мочи. Уточняется лишь то, что наиболее типичным при этом является выполнение операции Бриккера или формирование ортотопического резервуара по Штудеру [12]. Однако общепринятой тактики в отношении выбора того или иного способа деривации мочи и реконструкции мочевого резервуара при анатомической или функциональной несостоятельности мочевого пузыря до настоящего времени не выработано. Данные положения могут быть основой для разработки современной концепции деривации мочи.

Хорошо зарекомендовавшие себя способы деривации мочи и реконструкции мочевого резервуара должны более широко применяться в специализированных хирургических центрах. Разработка новых подходов к хирургической реабилитации пациентов с инвазивным РМП, а также при врожденной или приобретенной потере функциональной пригодности мочевого пузыря остается актуальной проблемой современной урологии.

Л и т е р а т у р а

1. Аполихин О.И., Какорина Е.П., Сивков А.В. Состояние урологической заболеваемости в Российской Федерации по данным официальной статистики // Урология. - 2008. - №3. - С. 3-10.

2. Васильченко М.И. Оптимизация способов суправезикальной деривации мочи и цистопластики с использованием тонкой кишки: дис. ... д-ра мед. наук. - М., 2004. - 274 с.
3. Васильченко М.И., Зеленин Д.А. Гетеротопическая пластика мочевого пузыря // Фундаментальные исследования в уронефрологии: Рос. сб. науч. тр. с междуна. участием [под ред. член-кор. РАМН, проф. П.В. Глыбочко]. - Саратов: Изд-во СГМУ, 2009. - С. 435-436.
4. Велиев Е.И., Лоран О.Б. Проблема отведения мочи после радикальной цистэктомии и современные подходы к ее решению // Практич. онкология. - Т. 4, №4. - 2003. - С. 231-234.
5. Галеев Р.Х. Цистэктомия и илеопластика у больных раком мочевого пузыря: дис. ... д-ра мед. наук. - М., 1992. - 190 с.
6. Галкина Н.Г. Качество жизни и отдаленные результаты радикальной цистэктомии у больных инвазивным раком мочевого пузыря: автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Саратов, 2008. - 24 с.
7. Глыбочко П.В., Митряев Ю.И., Понукалин А.Н. и др. Уретеросигмостомия с формированием кишечного резервуара по Майнц-Пауч 2 // Высокие технологии в медицине. Медицинский альманах: мат-лы науч.-практ. конф. - Н. Новгород, 2008. - С. 126.
8. Гоцадзе Д.Т. Отдаленные результаты континентного отведения мочи на кожу в детубуляризованный тонкокишечный резервуар // Урология. - 2003. - №4. - С. 18-22.
9. Даренков С.П., Самсонов Ю.В., Чернышев И.В. и др. Качество жизни больных инвазивным раком мочевого пузыря после радикальной цистэктомии пузыря // Онкоурология. - 2006. - №3. - С. 25-29.
10. Зырянов А.В., Баженов И.В., Качмазов А.А. и др. О методах деривации мочи после цистэктомии // Фундаментальные исследования в уронефрологии: Рос. сб. науч. тр. с междуна. участием [под ред. член-кор. РАМН, проф. П.В. Глыбочко]. - Саратов: Изд-во СГМУ, 2009. - С. 441.
11. Ильченко Д.Г. Толстокишечные мочевые резервуары в хирургии рака прямой кишки и мочевого пузыря: автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Ростов-н/Д, 2004. - 25 с.
12. Клинические рекомендации. Урология [под ред. Н.А. Лопаткина]. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 368 с.
13. Коган М.И., Перепечай В.А. Современная диагностика и хирургия рака мочевого пузыря. - Ростов-н/Д, 2002. - 239 с.
14. Комяков Б. К., Фадеев В.А., Новиков А.И. и др. Уродинамика артифициального мочевого пузыря // Урология. - 2006. - № 4. - С. 13-16.
15. Матвеев Б.П., Фигурин К.М., Карякин О.Б. Рак мочевого пузыря. - М.: Вердана, 2001. - С. 6-10.
16. Павлов В.Н., Курбангулов И.Р., Загитов А.Р. и др. Кишечная пластика мочевого пузыря и родственная пересадка почки // Фундаментальные исследования в уронефрологии: Рос. сб. науч. тр. с междуна. участием [под ред. член-кор. РАМН, проф. П.В. Глыбочко]. - Саратов: Изд-во СГМУ, 2009. - С. 444-445.
17. Переверзев А.С. Обоснование и техника деривации мочи после цистэктомии с использованием методики Майнц-Пауч II мочевого пузыря: мат-лы IV Всерос. конф. - М., 2001. - С. 140-142.
18. Перепечай В.А. Обоснование ортотопической сигмопластики для восстановления мочевого пузыря: автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Ростов-н/Д, 2000. - 24 с.
19. Петров С.Б. Нарушения мочеиспускания, уродинамические показатели и качество жизни у больных с ортотопическим мочевым пузырем по Штудеру // Амбулаторная хирургия. Стационарозамещающие технологии. - 2003. - №4 (12). - С. 32-34.
20. Прохожев А.Ю. Отдаленные результаты и качество жизни больных после радикальной цистэктомии: дис. ... канд. мед. наук. - СПб., 2004. - 191 с.
21. Русаков И.Г., Быстров А.А. Адьювантная внутрипузырная химиотерапия поверхностного рака мочевого пузыря // Онкоурология. - 2007. - №3. - С. 43-45.
22. Самсонов Ю.В. Оценка качества жизни урологических больных, перенесших различные виды кишечной деривации мочи: автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 2005. - 31 с.
23. Ситдыков Э.Н. Замещение мочевого пузыря изолированной кишечной петлей при раке и тотальном папилломатозе: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - Казань, 1970. - 27 с.
24. Atta M.A. Detubularized isolated ureterosigmoidostomy: description of a new technique and preliminary results // J. Urol. - 1996. - Vol. 156, №3. - P. 915-919.
25. Bardenheuer B. Der extraperitoneale Explorativschnitt - Die differenzielle Diagnostik der chirurgischen Erkrankungen und Neubildungen des Abdomens. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag, 1887.
26. Bastiana P.J., Albersa P., Hanitzsch H. et al. Health-Related Quality-of-Life Following Modified: erosigmoidostomy (Mainz Pouch II) as itinent Urinary Diversion // European Urology. - 2004. - №46. - P. 591-597.
27. Burkhard F.C., Studer U.E. Orthotopic bladder substitution // Curr. Opin. Urol. - 2000. - №10. - P. 343-349.
28. Bricker E.M. Bladder substitution after pelvic evisceration // Surg. Clin. North. Am. - 1950. - №30. - P.1511-1521.
29. Doherty A., Burkhard F., Holliger S. et al. Bladder substitution in women // Curr. Urol. Rep. - 2001. - Oct. 2(5). - P. 350-356.
30. Fisch M., Wammack R., Hohenfellner R. The sigma-rectum pouch (MAINZ pouch II). In Continent urinary diversion, edited by R. Hohenfellner and R. Wammack. Edinburgh, Tokyo, 1992. - P. 169-175.
31. Fujisawa M., Takenaka A., Kamidono S. A new technique for creation of a sigmoid neobladder for urinary reconstruction: clinical outcome in 42 men // Urology. - 2003. - Aug. - Vol. 62(2). - P. 254-258.
32. Goodwin W.E., Winter C.C. Technique of sigmoidocystoplasty // Surg. Gynecol. Obstet. - 1959. - Vol. 108. - P. 370-372.
33. Hautmann R.E. Urinary diversion: ileal conduit to neobladder // J. Urol. - 2003. - Vol. 169. - P. 834-842.
34. Jaske G., Algaba F., Fossa S. et al. Recommendations from EAU Working Party on Muscle-Invasive and Metastatic Bladder cancer. - Pocket guidelines European Association of Urology. - 2007. - P. 19-20.
35. Kock N.G., Nilsson L.O. et al. Urinary diversion via a continent ileal reservoir: clinical results in 12 patients // J. Urol. - 1982. - Vol. 128. - P. 469-475.
36. Lampel A., Schultz-Lampel D., Hohenfellner M. et al. Submukoses Darmwand-Rohr als Kontinenz-mechanismus für den Mainz-Pouch // Akt. Urol. - 1996. - Vol. 27. - P. 6-31.

37. Light J.K., Engelmann U.J. Le bag: total replacement of the bladder using an ileocolonic pouch // J. Urol. - 1986. - №136. - P. 27-31.
 38. Nagele U., Sievert Karl-Dietrich, Merseburger A.S. et al. Urinary diversion following cystectomy // EAU. Update Series. - 2005. - №3. - P. 129-137.
 39. Pannek J., Senge T. History of urinary diversion // Urol. Int. - 1998. - Vol. 60. - P. 1-10.
 40. Reddy P.K., Lange P.H. Bladder replacement with sigmoid colon after radical cystoprostatectomy // Urol. - 1987. - №29. - P. 368-371.
 41. Rowland R.G., Mitchell M.E., Bihle R., Kahnovski J. R., Piser J. E.: Indiana continent urinary reservoir // J. Urol. - 1987. - Vol. 137. - P. 1136-1139.
 42. Schmidt J.D., Buchsbaum H.J., Nachtsheim D.A.: Longterm Follow-up. Further Experience with and Modifications of the Transverse Colon-Conduit in Urinary Tract Diversion // Brit. J. Urol. - 1985. - Vol. 57. - P. 284-288.
 43. Simon J. Ectopia vesicae: operation for directing the orifices of the ureters into the rectum: temporary succes; subsequent death; autopsy // Lancet. - 1852. - №2. - P. 568-570.
 44. Stein J.P., Skinner D.G. Results with radical cystectomy for treating bladder cancer: a reference standard for high grade, invasive bladder cancer // BJU Int. - 2003. - №92. - P. 12-17.
 45. Studer U.E., Danuser H., Merz V.W. et al. Experience in 100 patients with ileal low pressure bladder substitute combined with an afferent tubular isoperistaltic segment // J. Urol. - 1999. - Vol. 154, №1. - P. 49-56.
 46. Thuroff J.W., Alken P., Riedmiller H. et al. The Mainz pouch (mixed augmentation ileum and zecum) for bladder augmentation and continent urinary diversion // J. Urol. - 1985. - №3. - P. 179.
 47. Tizzoni G., Foggi A. Die Wiederherstellung der Harnblase // Zentralb Chir. - 1888. - №15. - P. 921.
 48. Ubelhor R. Die Darmblase. Langenbecks // Arch. klin. Chir. - 1952. - Vol. 271. - P. 202.
- Координаты для связи с автором:** Строганов Андрей Борисович — канд. мед. наук, доцент кафедры госпитальной и военно-полевой хирургии ФГОУ ВПО «Институт ФСБ России», г. Нижний Новгород, тел.: 8-(831)-4344158, e-mail: andrey_stroganov@rambler.ru



УДК 616.2 - 071.1.001.8(571.62)

И.В. Хелимская

ЗНАЧЕНИЕ АНКЕТИРОВАНИЯ В СОВРЕМЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел.: 8-(4212)-32-63-93, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru;
НУЗ «Дорожная больница ст. Хабаровск-1 ОАО «РЖД», г. Хабаровск*

Анкетирование (от франц. enquete, буквально — исследование) — одно из основных технических средств конкретного исследования; применяется в медицинских, социологических, социально-психологических, экономических, демографических и других исследованиях. Анкетирование, или опрос, позволяет наиболее жестко следовать намеченному плану исследования, так как процедура «вопрос — ответ» строго регламентирована и конкретна.

При помощи метода анкетирования можно с наименьшими затратами получить высокий уровень массовости исследования. Особенностью этого метода можно назвать его анонимность (личность респондента не регистрируется, фиксируются лишь его ответы), что позволяет получить наиболее точную информацию. Анкетирование проводится в основном в случаях, когда необходимо выяснить мнения людей по каким-то вопросам и охватить большое число опрашиваемых за короткий срок.

Опросники, шкалы и анкеты на сегодняшний день находят широкое применение во всех областях медици-

ны, как с практической, так и с научной точки зрения. Попытки разделения больных по тяжести состояния в клинической практике предпринимались достаточно давно. Разделенные 18 веками, Вирджиния Апгар и Соран Эфесский посвятили себя разработке методики отличия здорового новорожденного от больного. Обе системы оценки кажутся нам крайне важными. Апгар предложила оценивать состояние ребенка на 1 мин жизни, а Соран — систему оценки, которая должна предшествовать любой манипуляции с новорожденным. Оба автора считают, что в этих ситуациях должны использоваться простейшие тесты, которые применяются и в настоящее время. Классификация В. Апгар степени тяжести асфиксии новорожденных стала классической и получила всемирное признание.

Пионером использования анкеты в психологическом исследовании считают английского географа, антрополога и психолога, основателя дифференциальной психологии и психометрики Ф. Гальтона, который в своем исследовании влияния наследственности и среды на уро-