

Анализ оказания специализированной медицинской помощи пациентам с макрогематурией в урологических стационарах г. Москвы

В.А. Малхасян¹, В.Ю. Иванов³, Л.А. Ходырева², А.А. Дударева², Ю.А. Куприянов¹, В.И. Редькович¹⁰, В.А. Енгай⁴, С.В. Цыганов¹⁴, И.Э. Мамаев⁸, И.Б. Ласский¹⁶, И.М. Сапожников³, И.Н. Ответчиков⁹, А.Ф. Зинухов⁶, С.И. Сулейманов¹¹, Л.М. Гумин³, П.И. Мотин¹⁵, Т.Б. Тахирзаде¹², П.И. Раснер³, С.В. Котов⁷, М.Б. Зингеренко⁵, В.В. Тедеев³, Р.Н. Трушкин¹³, И.В. Семенякин³, Н.К. Гаджиев¹⁷, Д.Ю. Пушкарь¹

¹ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России

²ГБУ «НИИ Организации Здравоохранения и Медицинского Менеджмента ДЗМ»

³ГБУЗ «ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого ДЗМ»; ⁴ГКБ № 51 ДЗМ;

⁵ ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр» ДЗМ г. Москвы

⁶ГКБ №67 им. Л.А. Ворохобова ДЗМ; ⁷ГКБ № 1 им Н.И. Пирогова ДЗМ; ⁸ГКБ № 12 им. В.М. Буянова ДЗМ;

⁹ГБК № 17 ДЗМ; ¹⁰ГКБ № 57 ДЗМ; ¹¹ГКБ им. С.С. Юдина ДЗМ; ¹²ГКБ № 31 ДЗМ; ¹³ГКБ № 52 ДЗМ; ¹⁴ГКБ № 3 ДЗМ

¹⁵ГКБ № 29 им. Н.Э. Баумана ДЗМ; ¹⁶ГКБ им. А.К. Ерамишанцева ДЗМ;

¹⁷ФГБУ «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины имени А.М. Никифорова» Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий

Сведения об авторах:

Малхасян В. А. – к.м.н., ассистент кафедры урологии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России. E-mail: vigenmalkhasyan@gmail.com

Malkhasyan V.A. – PhD, assistant of Urology cathedra of Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Evdokimov. E-mail: vigenmalkhasyan@gmail.com

Иванов В. Ю. – заведующий урологическим отделением ОРУДК ГБУЗ «ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого ДЗМ». E-mail: gkb50@zdrav.mos.ru

Ivanov V.Yu. – Head of Urology Department in municipal clinical hospital named after S.I. Spasokukotskiy. E-mail: gkb50@zdrav.mos.ru

Ходырева Л. А. – д.м.н., заведующий отделом организации здравоохранения ГБУ «НИИ Организации Здравоохранения и Медицинского Менеджмента ДЗМ». E-mail: khodyreva60@mail.ru

Khodyreva L.A. – Dr. Sc., Head of the department of Health Organization GSI "NPCSR". E-mail: khodyreva60@mail.ru

Дударева А. А. – к.м.н., ведущий научный сотрудник ГБУ «НИИ Организации Здравоохранения и Медицинского Менеджмента ДЗМ». E-mail: khodyreva60@mail.ru

Dudareva A. A. – PhD., Leading Researcher of Health Organization GSI "NPCSR". E-mail: khodyreva60@mail.ru

Куприянов Ю. А. – к.м.н., ассистент кафедры урологии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России. E-mail: Dr.kupriyanov@mail.ru

Kupriyanov Y.A. – PhD, assistant professor of urology cathedra of Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Evdokimov. E-mail: Dr.kupriyanov@mail.ru

Редькович В. И. – к.м.н., заведующий 1-м урологическим отделением ГБУЗ «ГКБ № 51 ДЗМ». E-mail: redkovi4@mail.ru

Redkovich V. I. – PhD, Head of the Urology Department in municipal clinical hospital № 57. E-mail: redkovi4@mail.ru

Енгай В.А. – к.м.н., заведующий урологическим отделением ГБУЗ «ГКБ № 51 ДЗМ». E-mail: engay@mail.ru

Engay V. A. – PhD, head of urology department in municipal clinical hospital №51. E-mail: engay@mail.ru

Цыганов С. В. – заведующий урологическим отделением ГБУЗ «ГКБ № 3 ДЗМ». E-mail: gb3@zdrav.mos.ru

Tsiganov S. V. – Head of the Urology Department in municipal clinical hospital № 3. E-mail: gb3@zdrav.mos.ru

Мамаев И.Э. – к.м.н., заведующий урологическим отделением ГБУЗ «ГКБ № 12 им. В.М. Буянова ДЗМ». E-mail: ibragim_tataev@rambler.ru

Mataev I. E. – PhD, Head of the Urology Department in municipal clinical hospital №12 named after V.M. Buyanov. E-mail: ibragim_tataev@rambler.ru

Ласский И. А. – к.м.н., заведующий урологическим отделением ГБУЗ «ГКБ им. А.К. Ерамишанцева ДЗМ». E-mail: Lasskiy@inbox.ru

Lasskiy I. A. – PhD, Head of the Urology Department in municipal clinical hospital №20 named after A.K. Eramishantsev. E-mail: Lasskiy@inbox.ru

Сапожников И.М. – к.м.н., заведующий 1-м урологическим отделением ГБУЗ «ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого ДЗМ». E-mail: gkb50@zdrav.mos.ru

Sapozhnikov I. M. – PhD, Head of the 1 Urology Department in municipal clinical hospital named after S.I. Spasokukotskiy. E-mail: gkb50@zdrav.mos.ru

Ответчиков И.Н. – к.м.н., заведующий урологическим отделением ГБУЗ «ГКБ № 17 ДЗМ». E-mail: gkb17@zdrav.mos.ru

Otvetchikov I.N. – PhD, Head of the Urology Department in municipal clinical hospital № 17. E-mail: gkb17@zdrav.mos.ru

Зинухов А. Ф. – заведующий урологическим отделением ГБУЗ «ГКБ №67 им. Л.А. Ворохобова ДЗМ». E-mail: info@67gkb.ru

Zinuhov A. F. – Head of the Urology Department municipal clinical hospital №67 named after Vorohobov. E-mail: info@67gkb.ru

Сулейманов С. И. – к.м.н., заведующий урологическим отделением ГБУЗ «ГКБ им. С.С. Юдина ДЗМ». E-mail: Suleimanov@mail.ru

Suleimanov S. I. – PhD, Head of the Urology Department in municipal clinical hospital named after S.S. Yudin. E-mail: Suleimanov@mail.ru

Гумин Л.М. – заведующий 2-м урологическим отделением ГБУЗ «ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого ДЗМ». E-mail: gkb50@zdrav.mos.ru

Gumin L. M. – Head of the 2-nd Urology Department in municipal clinical hospital named after S.I. Spasokukotskiy. E-mail: gkb50@zdrav.mos.ru

Мотин П. И. – заведующий урологическим отделением ГБУЗ «ГКБ № 29 им. Н.Э. Баумана ДЗМ». E-mail: p.motin@mail.ru

Motin P. I. – Head of the Urology Department in municipal clinical hospital № 29 named after N.E. Bauman. E-mail: p.motin@mail.ru

Тахирзаде Т.Б. – к.м.н., заведующий урологическим отделением ГБУЗ «ГКБ № 31 ДЗМ». E-mail: Tahir_56@mail.ru

Takhirzade T.B. – PhD, Head of the Urology Department in municipal clinical hospital № 31. E-mail: Tahir_56@mail.ru

Раснер П. И. – д.м.н., доцент, заведующий 4-м урологическим отделением ГБУЗ «ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого ДЗМ». E-mail: dr.rasner@gmail.com

Rasner P. I. – Dr. Sc., associate professor, Head of the 4-th Urology Department in municipal clinical hospital named after S.I. Spasokukotskiy. E-mail: dr.rasner@gmail.com

Котов С.В. – к.м.н., заведующий урологическим отделением ГБУЗ «ГКБ № 1 им Н.И. Пирогова ДЗМ». E-mail: urokov@mail.ru

Kotov S. V. – PhD, head of the Urology Department municipal clinical hospital №67 named after N. I. Pirogov. E-mail: urokov@mail.ru

Зингеренко М. Б. – д.м.н., заведующий урологическим отделением ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр» ДЗМ г. Москвы. E-mail: m.zingerenko@mknrc.ru

Zingerenko M.B. – Dr. Sc., chief of urological department of Moscow clinical scientific center. E-mail: m.zingerenko@mknrc.ru

Тедеев В.В. – к.м.н., заведующий 3-м урологическим отделением ГБУЗ «ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого ДЗМ». E-mail: gkb50@zdrav.mos.ru

Tedeev V. V. – PhD, Head of the 3-rd Urology Department in municipal clinical hospital named after S.I. Spasokukotskiy. E-mail: gkb50@zdrav.mos.ru

Трушкин Р. Н. – к.м.н., заведующий урологическим отделением ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ». E-mail: urologi52@rambler.ru

Trushkin R. N. – PhD, Head of the Urology Department in municipal clinical hospital № 52. E-mail: urologi52@rambler.ru

Семенякин И. В. – д.м.н., заместитель главного врача по хирургии ГБУЗ «ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого ДЗМ». E-mail: gkb50@zdrav.mos.ru

Semenyakin I. V. – Dr. Sc., senior surgeon of municipal clinical hospital (MCH) named after S.I. Spasokukotskiy. E-mail: gkb50@zdrav.mos.ru

Гаджиев Н.К. – к.м.н., врач-уролог, отделение урологии ФГБУ «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины имени А.М. Никифорова» Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий. E-mail: consult@mchs-uro.ru

Gadjiev N. K. – PhD, urologist, urology department in FSBO "All-Russian center of emergency and radiation medicine named after A. M. Nikiforov" of the Ministry of the Russian Federation for civil defense, emer-

gencies and elimination of consequences of natural disasters. E-mail: consult@mchs-uro.ru

Пушкарь Д. Ю. – д.м.н., профессор, член. корр., заведующий кафедрой урологии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России. E-mail: pushkardm@mail.ru

Pushkar D. Y. – Dr. Sc., professor, corresponding member of RAS, Head of Urology cathedra of Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Evdokimov. E-mail: pushkardm@mail.ru

Макрогематурия является частым симптомом различных заболеваний мочеполовых органов. Согласно данным литературы, распространенность гематурии среди лиц, которые проходили медосмотр, варьирует от 2,4 до 31,1% [1-13]. Микрогематурия чаще диагностируется у курящих или ранее куривших, а также у мужчин старше 60 лет [1-13]. Американская урологическая ассоциация в качестве методов базового обследования пациентов с макрогематурией рекомендует проведение компьютерной томографии (КТ) мочевыводящих путей и цистоскопии [14]. Однако, согласно данным литературы, в некоторых странах цистоскопия выполняется только 13,7% пациентов, приблизительно в таком же проценте случаев применяются и другие методы исследования: КТ выполняется в 9% случаев, ультразвуковое исследование (УЗИ) – в 4,4%, а экскреторная урография проводится только 1,5% пациентов [15]. При гематурии злокачественные новообразования мочевого пузыря (МП) выявляются в 2,7 – 8,3%, другие заболевания мочевых путей (мочекаменная болезнь, доброкачественная гиперплазия предстательной железы и др.) диагностируются у 24,5% пациентов [15,16].

Цель нашего исследования – провести анализ объема, качества и эффективности оказания специализированной медицинской помощи пациентам с макрогематурией в уро-

логических стационарах Департамента здравоохранения города Москвы. Полученные данные позволят в последующем провести оценку адекватности проведенных обследований и методов лечения с формированием клинических рекомендаций и расчетом экономических затрат на лечение.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами проведен анализ показателей оказания медицинской помощи пациентам с макрогематурией различной этиологии в городе Москве. Во все урологические стационары города, подведомственные Департаменту здравоохранения города Москвы, были разосланы 500 анкет. По согласованию с заведующими урологическими отделениями на каждый случай госпитализации оформлялась одна анкета. По результатам анкетирования, проведенного с июня по сентябрь 2016 года, выполнен анализ демографических показателей, а также методов диагностики, лечения, исходов у больных с гематурией, поступавших в этот период в московские стационары. Критериями исключения из исследования было наличие у пациентов макрогематурии, причиной которой явились заболевания нефрологического профиля. Нами получено и подвергнуто статистической обработке 189 анкет, присланных из 17 урологических отделений. После анализа первичных данных пациенты были разделены на группы в зависимости от причины гематурии,

после чего проведен анализ объема, характера лечения и осложнений, возникающих на фоне макрогематурии. С целью определения статистической достоверности данных был использован метод сравнения доверительных интервалов для долей.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний возраст пациентов, госпитализированных в урологические отделения стационаров города Москвы по поводу макрогематурии, составил 66,6 лет; причем мужчин было почти в два раза больше, чем женщин – 122 (64,6%) и 67 (35,4%) человек соответственно. По поводу заболеваний мочеполовых органов ранее наблюдались у уролога 93 (49,2%) человека. Из поступивших пациентов работающие составили 41 человек (21,7%). Доставлены в стационар бригадой скорой медицинской помощи 139 (73,5%) пациентов, 32 (16,9%) – поступили по направлению из территориальной поликлиники, 18 (9,5%) – самотеком. Средний койко-день составил 6,5 дней. 124 (65,6%) пациента имели сопутствующие заболевания, среди которых наиболее часто отмечались: артериальная гипертензия у 120 (63,5%) больных, ишемическая болезнь сердца – у 88 (46,6%) и сахарный диабет – у 23 (12,2%) пациентов (табл. 1). Смертность составила 0,53%, причиной смерти стал острый инфаркт миокарда на фоне анемизации пациента.

Анализ данных обследования пациентов с макрогематурией во время пребывания в стационаре продемонстрировал, что клинический анализ крови выполнен всем пациентам, общий анализ мочи – 151 (79,9%) больному, биохимический анализ крови – 178 (94,2%) больным, коагулограмма – 167 (88,4%), УЗИ почек и мочевого пузыря – 125 (66,1%) пациентам, обзорная и экскреторная урография – в 66 (34,9%) и 60 (31,7%) случаях соответственно. Нативная КТ проведена 8 (4,2%) пациентам, КТ с контрастным усилением –

Таблица 1. Сопутствующие заболевания, выявленные у обследованных пациентов

Сопутствующие заболевания	Количество пациентов, чел.	Доля, %
Отсутствие сопутствующих заболеваний	52	27,5
Артериальная гипертензия	120	63,5
ИБС	88	46,6
Инфаркт миокарда	16	8,5
Сахарный диабет	23	12,2
Сопутствующие онкологические заболевания	18	9,5
Язвенная болезнь желудка и 12-перст. кишки	11	5,8
Последствия ОНМК	6	3,2
Бронхиальная астма	4	2,1
Ожирение	8	4,2

18 (9,5%), цистоскопия и уретероскопия – 66 (34,9%) и 7 (3,7%) пациентам соответственно. Средний уровень гемоглобина в общей группе составил 127,5 г/л. Примечательно, что

уровень гемоглобина менее 100 г/л отмечался лишь у 12 (6,3%) пациентов. Необходимо отметить, что 29 (15,3%) пациентов на догоспитальном этапе получали антикоагулянты.

Таблица 2. Оперативные вмешательства выполненные пациентам до поступления в стационар

Оперативные вмешательства выполненные пациентам до поступления в стационар	Количество пациентов, чел.	Доля, %
ТУР мочевого пузыря	16	8,5
ТУР предстательной железы	7	3,8
Лучевая терапия органов малого таза	5	2,7
Простатэктомия	3	1,6
Цистостомия	3	1,6
Пиело- или уретеролитотомия	2	1
Нефростомия	2	1
Нефрэктомия	2	1
Уретероскопии (контактная литотрипсия, абляция опухоли)	2	1
ДЛТ (дистанционная литотрипсия)	1	0,5
Стент мочеточниковый	1	0,5
Не выполнялись	139	73,5

Таблица 3. Причины макрогематурии у госпитализированных пациентов

Причины макрогематурии	Количество пациентов, чел.	Доля, %
Острый геморрагический цистит	46	24,34
Интерстициальный цистит	1	0,53
Острый простатит	6	3,17
Опухоль мочевого пузыря	45	23,81
ДГПЖ	35	18,52
Опухоль почки	12	6,35
Опухоль лоханки	2	1,06
Опухоль мочеточника	1	0,53
Рак предстательной железы	8	4,23
Камни почек и мочеточника	9	4,76
Камень мочевого пузыря	7	3,7
Постлучевой цистит	5	2,65
Цистостома	3	1,59
Трансуретральная резекция предстательной железы (в течение 1 месяца после операции)	2	1,06
Кисты левой почки	1	0,53
Нефростомы с двух сторон	1	0,53
Нефруретерэктомия	1	0,53
Разрыв мочевого пузыря	1	0,53
Пластика уретры (в течение 1 месяца после операции)	1	0,53
Простатэктомия (в течение 1 месяца после операции)	1	0,53
Трансуретральная резекция мочевого пузыря (в течение 1 месяца после операции)	1	0,53

Таблица 4. Препараты, применявшиеся для купирования макрогематурии

Препараты, применявшиеся для купирования макрогематурии	Количество пациентов, чел.	Доля, %
Этамзилат	96	50,8
Транексамовая кислота	72	38
Викасол	5	2,6
Рекомбинантные факторы свертывания крови	3	1,6
Не применялись	13	6,9

50 (26,56%) анкетированных больных ранее перенесли вмешательства на органах мочеполовой системы или лучевую терапию, при этом перенесенные оперативные вмешательства или лучевая терапия являлись причиной гематурии лишь в 14 (28%) случаях. Самыми частыми из ранее выполненных оперативных вмешательств была трансуретральная резекция (ТУР) мочевого пузыря, выполненная (16 (8,57%) пациентам и ТУР предстательной железы – 7 (3,7%) больных). У одного пациента (0,5%) мочевые пути были дренированы мочеточниковым стентом, у двух (1,1%) – были установлены нефростомические дренажи и у трех пациентов (1,6%) – цистостомический дренаж (табл. 2).

Наиболее частыми причинами возникновения макрогематурии были инфекционно-воспалительные заболевания предстательной железы и мочевого пузыря: острый геморрагический цистит, диагностированный у 46 (24,3%) пациентов, острый простатит – у 6 (3,2%). Опухоль мочевого пузыря была причиной макрогематурии в 45 (23,8%) случаях, доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) в 35 (18,5%), опухоль почки в 12 (6,4%), камни почки и мочеточников – у 9 (4,8%) пациентов (табл. 3).

Тампонада мочевого пузыря наблюдалась у 17 (9%) пациентов, 80 (42,3%) пациентам в стационаре мочевой пузырь дренировался уретральным катетером.

Гематурию удалось купировать медикаментозно у 133 (70,3%) больных, 56 (29,7%) пациентам за время пребывания в стационаре выполнялись различные оперативные пособия. Плазма крови переливалась 12 (6,3%) больным, а эритроцитарная масса – 13 (6,9%) пациентам. Наиболее часто в качестве гемостатических препаратов применялись этамзилат – у 96 (50,8%) больных и транексамовая кислота – у 72 (38,1%) пациентов, реже всего применялись рекомбинантные факторы свертывания крови 3 (1,6%) пациента (табл. 4).

Наиболее часто пациентам с макрогематурией выполнялась эндоскопическая ревизия мочевого пузыря с отмыванием сгустков крови и коагуляцией кровоточащих сосудов – 39 больных (69,6%), вторым наиболее часто выполняемым вмешательством была открытая ревизия мочевого пузыря с отмыванием сгустков крови и коагуляцией/прошиванием кровоточащих сосудов (5 (8,9%) пациентов) (табл. 5).

В группе пациентов с острым инфекционно-воспалительным процессом (ИМП) мочевых путей (52 человека) средний возраст составил 61,6 лет (Me = 66,5), средний койко-

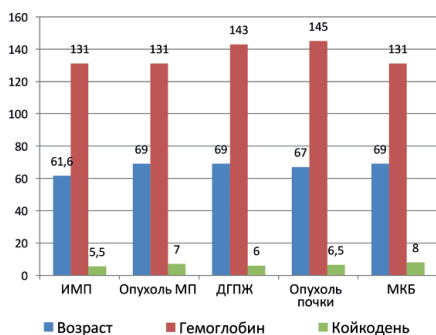


Рис. 1. Средний возраст, средний уровень гемоглобина, средний койко-день в зависимости от причины макрогематурии

день – 4,8 дня (Me = 5,5), средний уровень гемоглобина – 127 г/л (Me = 131), тампонада мочевого пузыря (МП) отмечалась у одного (1,9%) пациента, гемотрансфузия и эндоскопическая ревизия мочевого пузыря выполнена – одному (1,9%) больному (табл. 6).

В группе пациентов с опухолью мочевого пузыря (45 человек) средний возраст составил 68,4 лет (Me = 69), средний койко-день – 7,2 дня (Me = 7), средний уровень гемоглобина составил 125 г/л (Me = 131), тампонада МП отмечалась – у 7 (15,6%) больных, гемотрансфузия и оперативные вмешательства выполнены 6 (13,3%) и 26 (57,8%) пациентам, соответственно (табл. 6, рис. 1).

В группе пациентов с ДГПЖ (35 человек) средний возраст был 69 лет (Me = 69), средний койко-день составил 6,6 дня (Me = 6), средний уровень гемоглобина – 137 г/л (Me = 143), тампонада МП отмечалась у 4 (11,4%) пациентов, гемотрансфузия и оперативные вмешательства выполнены 1 (2,8%) и 3 (8,6%) пациентам, соответственно (табл. 6, рис. 1).

В группе пациентов с опухолью почки (12 человек) средний возраст составил 67,5 лет (Me = 67), средний койко-день составил 7,8 дня (Me = 6,5), средний уровень гемоглобина – 137,5 г/л (Me = 145), тампонада МП отмечалась у 2 (16,6%) пациентов, гемотрансфузия выполнена 2 (16,6%) пациентам и 2 (16,6%) – выполнены оперативные вмешательства (табл. 6, рис. 1).

В группе пациентов с мочекаменной болезнью (МКБ) (16 человек) средний возраст составил 63,5 лет (Me = 69), средний койко-день – 8,3 дня (Me = 8), средний уровень гемоглобина – 129,6 г/л (Me = 131), тампонада МП не отмечалась ни у одного пациента, гемотрансфузии не выполнялись, 5 (31,2%) пациентам выполнены оперативные вмешательства (табл. 6, рис. 1).

ОБСУЖДЕНИЕ

Гематурия является распространенным синдромом встречающимся с частотой 4 случая на 1000 пациентов [17]. Причины возникновения гематурии могут быть различными в зависимости от пола, возраста и других демографических особенностей пациента [18]. Согласно данным R. Davis и соавт. распространенность гематурии составляет 2,4% – 31,1%, у 3,3% впоследствии выявляется злокачественное новообразование мочевых путей [14]. Это обстоятельство обуславливает необходимость углубленного обследования пациента. Частота выявления злокачественных образований при макрогематурии существенно выше, чем при микрогематурии, кроме того на частоту выявления злокачественных новообразований оказывают влияние такие факторы как возраст и курение [18,19]. Согласно результатам нашего исследования большинство пациентов с макрогематурией являются пожилыми людьми, имеющими сопутствующие заболевания. Соотношение мужчин и женщин, в нашем исследовании, составило 2:1, что

Таблица 5. Оперативные вмешательства, выполненные пациентам госпитализированным с диагнозом макрогематурия

Оперативное вмешательство	Количество пациентов, чел.	Доля, %
Эндоскопическая ревизия мочевого пузыря (МП) (коагуляция сосудов, отмывание сгустков)	39	69,6
Открытая ревизия МП (коагуляция или прошивание сосудов, отмывание сгустков)	5	8,9
Эндоскопическая ревизия МП (литотрипсия)	2	3,6
Уретероскопия, контактная литотрипсия	2	3,6
Уретероскопия	2	3,6
Стентирование мочеточника	1	1,8
Нефруретерэктомия	1	1,8
Нефрэктомия	1	1,8
Аденомэктомия	1	1,8
Перевязка подвздошных сосудов	1	1,8
Эмболизация сосудов	1	1,8

Таблица 6. Количество оперативных вмешательств в зависимости от причины макрогематурии

Причина гематурии	Количество пациентов, чел.	Доля, %
ИМП	1	1,8
Опухоль мочевого пузыря	26	46,3
ДГПЖ	3	5,3
Опухоль почки	2	3,6
МКБ	5	8,9

соответствует данным международной литературы [14]. Необходимость коррекции терапии сопутствующих заболеваний вероятнее всего обуславливает длительный срок госпитализации пациентов, который превышает 6 койко-дней. Всем пациентам в стационаре выполнялось адекватное обследование (включая экскреторную урографию, цистоскопию и КТ с контрастным усилением), позволившее выявить причину гематурии во всех случаях. Однако, несмотря на то, что УЗИ почек и мочевого пузыря является основным методом диагностики первой линии, позволяющим в приемном покое выявить такие причины макрогематурии как ДГПЖ, камни мочевого пузыря, опухоль мочевого пузыря [20], а также диагностировать тампонаду мочевого пузыря данный метод исследования выполнялся лишь 66,1% пациентов. Несмотря на рекомендации Американской урологической ассоциации, согласно которой в качестве базового метода обследования пациентов с макрогематурией старше 35 лет необходимо выполнять цистоскопию [14], в нашем исследовании цистоскопия выполнялась лишь 9,5% пациентов. Несоблюдение клинических рекомендаций отмечаются не только в нашей стране. Согласно данным S. David и соавт. [21] в Соединенных Штатах Америки цистоскопия была выполняется только 34,7% пациентам с гематурией, что по данным авторов привело к тому, что порядка 20 000 случаев новообразований мочевого пузыря не были выявлены при первом обращении. Выполнение цистоскопии пациентам с микрогематурией имеет весьма важное значение для своевременного выявления опухоли мочевого пузыря на амбулаторном этапе. Так, согласно данным D. Ramirez и соавт. макрогематурия ассоциирована с более высоким риском выявления мышечно-инвазивного рака мочевого пузыря, а в работе A. Shinagare и соавт. было показано, что несоблюдение клинических рекоменда-

ций в части выполнения протокола обследования пациента увеличивает частоту несвоевременного выявления рака мочевого пузыря [22,23].

Следует отметить достаточно низкий уровень анемизации пациентов (который наблюдался в нашем исследовании) на момент госпитализации в урологический стационар, так средний уровень гемоглобина крови составил 127,5 г/л, а уровень гемоглобина менее 100 г/л отмечался лишь у 12 (6,3%) пациентов. Это говорит о своевременном обращении пациентов за медицинской помощью и объясняет низкий уровень госпитальной смертности среди данной категории пациентов, которая не превышает 1%.

Данные нашего исследования, согласно которым самыми частыми причинами макрогематурии являются инфекционно-воспалительные заболевания мочевых путей, опухоль мочевого пузыря, ДГПЖ, частично совпадают с данными других авторов. Так, согласно результатам исследования M. Ogunjimi и соавт., основными причинами макрогематурии были ДГПЖ (30,4%), опухоль мочевого пузыря (12,6%) и рак предстательной железы (10,1%) [24]. Примечательно, что из 50 пациентов, перенесших ранее оперативные вмешательства на мочевых путях, лишь у 14 (28%) именно оно являлось причиной макрогематурии, а у остальных пациентов были выявлены другие причины макрогематурии. Данное обстоятельство диктует необходимость проведения полноценного диагностического обследования у этой категории пациентов, направленного на поиск основной причины макрогематурии.

Наиболее часто в качестве гемостатических препаратов применялись этамзилат и транексамовая кислота, 7% больных потребовалось проведение гемотрансфузии. Обращает на себя внимание крайне редкое применение препаратов, содержащих рекомбинантные факторы свертывания крови, 1,6%. Не исключено, что столь пассивное их приме-

нение обуславливает высокий процент оперативных вмешательств и гемотрансфузии. Принимая во внимание данное обстоятельство мы считаем целесообразным проведение крупного исследования, направленного на изучение экономической обоснованности, целесообразности и эффективности применения препаратов, содержащих рекомбинантные факторы свертывания крови в части снижения риска гемотрансфузии и оперативного вмешательства. У 70% пациентов макрогематурия купировалась медикаментозно, без необходимости выполнения гемотрансфузии или оперативного вмешательства, что говорит о возможности ранней (1-2 сутки) выписки данной категории пациентов из урологического стационара под наблюдение врача-уролога.

Из оперативных вмешательств чаще всего пациентам выполнялась эндоскопическая ревизия мочевого пузыря с отмыванием сгустков крови и гемостазом, реже выполнялась открытая ревизия мочевого пузыря и другие вмешательства. В большем проценте случаев они выполнялись пациентам с опухолью мочевого пузыря, что свидетельствует о более высоком риске у пациентов с опухолью мочевого пузыря подвергнуться оперативному лечению. Данное обстоятельство следует учитывать при диспансерном наблюдении указанной категории пациентов. Более пристальный мониторинг показателей общего анализа мочи у пациентов с опухолью мочевого пузыря позволит своевременно диагностировать микрогематурию и назначить курс гемостатической терапии с целью предотвращения эпизодов макрогематурии и анемизации пациента.

ВЫВОДЫ

Анализ проведенного исследования качества и эффективности оказания специализированной урологической медицинской помощи пациентам с макрогематурией пока-

зал, что 70% из них не требуют выполнения оперативного пособия или гемотрансфузии и они могут быть выписаны на 1-2 сутки с момента госпитализации в случае купирования макрогематурии. Обращает на себя внимание и крайне редкое применение препаратов, содержащих рекомбинантные факторы свертывания крови. Мы предполагаем, что более активное применение данных препаратов может снизить частоту

оперативных вмешательств и гемотрансфузии. Также в ходе исследования было показано, что самый высокий риск подвергнуться оперативному вмешательству имеют пациенты с опухолью мочевого пузыря. Это обуславливает необходимость пересмотра протоколов наблюдения данной категории пациентов с целью предотвращения эпизодов макрогематурии.

Проведенный анализ указывает

на то, что разработка четких клинических рекомендаций и алгоритмов (включая показания к госпитализации) по ведению пациентов с макрогематурией, основанных на данных этого исследования, позволит повысить эффективность использования урологической койки и сократить время пребывания пациентов в стационаре, а также повысить качество оказания медицинской помощи данной категории больных. ■

Ключевые слова: макрогематурия, опухоль мочевого пузыря, стационарное лечение.

Key words: gross hematuria, bladder tumor, hospital treatment.

Резюме:

Цель исследования: Провести анализ объема, качества и эффективности оказания специализированной медицинской помощи пациентам с макрогематурией в урологических стационарах Департамента здравоохранения города Москвы.

Материалы и методы: Предметом анализа были анкеты, в которых содержались вопросы, касающиеся медицинских аспектов лечения пациентов с макрогематурией различной этиологии. Анализу было подвергнуто 189 анкет из 17 урологических отделений.

Результаты: Средний возраст пациентов составил 66,6 лет, средний койко-день – 6,5 дней. Смертность составила 0,53%. Средний уровень гемоглобина в общей группе равнялся 127,5 г/л. Тампонада мочевого пузыря наблюдалась у 17 (9%) пациентов. Наиболее частыми причинами возникновения макрогематурии были инфекционные заболевания предстательной железы (острый простатит – 3,2% больных) и мочевого пузыря (острый геморрагический цистит – 24,3% пациентов). В 45 (23,8%) случаях причиной макрогематурии была опухоль мочевого пузыря. Макрогематурию удалось купировать консервативно 133 (70,3%) больным, а 56 (29,7%) пациентам было проведено оперативное лечение. Гемотрансфузия потребовалась 13 (6,9%) пациентам. Наиболее часто в качестве гемостатических препаратов применялись этамзилат – 96 (50,8%) случаев, реже всего – рекомбинантные факторы свертывания крови – 3 (1,6%) больных.

Выводы: Анализ проведенного исследования качества и эффективности оказания специализированной урологической медицинской помощи пациентам с макрогематурией показал, что 70% из них не требуют выполнения оперативного пособия или гемотрансфузии и могут быть выписаны на 1-2 сутки с момента госпитализации в случае купирования макрогематурии. Обращает на себя внимание и крайне редкое применение препаратов, содержащих рекомбинантные факторы свертывания крови. Мы предполагаем, что более активное применение данных препаратов может снизить частоту оперативных вмешательств и гемотрансфузии. Также в ходе исследования было показано, что самый высокий риск подвергнуться оперативному вмешательству имеют пациенты с опухолью мочевого пузыря, что обуславливает необходимость пересмотра протоколов наблюдения данной категории пациентов с целью предотвращения эпизодов макрогематурии. Проведенный анализ указывает на то, что разработка четких клинических рекомендаций и алгоритмов (включая показания к госпитализации) по ведению пациентов с макрогематурией, основанных на данных этого исследования, позволит повысить эффективность использования урологической койки и сократить время пребывания пациентов в стационаре, а также повысить качество оказания медицинской помощи данной категории больных.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Summary:

Analysis of specialized medical care to patients with gross hematuria in Moscow urological hospitals

Malkhasyan V.A., Ivanov V.Y., Khodyreva L.A., Dudareva A.A., Kupriyanov Y.A., Redkovich V.I., Ingay V.A., Tsiganov S.V., Mamaev I.E., Laskkiy I.A., Sapozhnikov I.M., Otvetchnikov I.N., Zinuhov A.F., Suleimanov S.I., Gumin L.M., Motin P.I., Takhirzade T.B., Rasner P.I., Kotov S.V., Zingerenko M.B., Tedeev V.V., Trushkin R.N., Semenyakin I.V., Gadjev N.K., Pushkar D.Y.

Introduction and objectives: The aim of the survey was to obtain information on treatment of patients admitted to Moscow urology departments with gross hematuria (GH).

Methods: A survey was sent to 17 urologic departments within Moscow. The questionnaire contained questions on medical, technical and organizational aspects of gross hematuria management. 189 questionnaires were available for analysis.

Results: The mean age was 66.6 years, mean hospital stay was 6.5 days. Mortality rate was 0.53%. The mean hemoglobin level at the admission was 127.5. Clot retention was observed in 17 (9%) patients. In most cases GH was caused by urinary infection 25 (27.5%), bladder tumor was detected in 45 (23.81%) cases. GH was managed conservatively in 133 (70.3%) patients, 56 (29.7%) patients underwent surgery due to GH. 13 (6.9%) patients required hemotransfusion. Etamsylatum and tranexamic acid 96 (50.8%) were the mostly used medications for GH management, while recombinant factors were used only in 3 (1.6%) patients.

Conclusions: The present survey shows that the almost 70% of patients with GH do not require surgery or hemotransfusion, and could be discharged within 1-2 days. Very few patients are administered recombinant factors as a hemostatic therapy. More active recombinant factors administration may potentially decrease surgery and hemotransfusion rates. Patients with bladder tumor have highest risk to undergo surgery.

Authors declare lack of the possible conflicts of interests.

ЛИТЕРАТУРА

1. Messing E, Young T, Hunt V, Emoto S, Wehbie J. The significance of asymptomatic microhematuria in men 50 or more years old: findings of a home screening study using urinary dipsticks. *J Urol* 1987;137:919-922
2. Messing E, Young T, Hunt V, Wehbie J, Rust P. Urinary tract cancers found by home screening with hematuria dipsticks in healthy men over 50 years of age. *Cancer* 1989; 64:2361-2367
3. Messing E, Young T, Hunt V, Roecker E, Vaillancourt A, Hisgen W, et al. Home screening for hematuria: results of a multiclinic study. *J Urol* 1992; 148:289 -292
4. Messing E, Young T, Hunt V, Newton M, Bram L, Vaillancourt A, et al. Hematuria home screening: repeat testing results. *J Urol* 1995; 154:57-61
5. Britton JP, Dowell AC, Whelan P. Dipstick haematuria and bladder cancer in men over 60: results of a community study. *BMJ* 1989; 299(6706):1010-1012
6. Britton J, Dowell A, Whelan P, Harris C. A community study of bladder cancer screening by the detection of occult urinary bleeding. *J Urol* 1992; 148:788-90
7. Haug K, Bakke A, Daae L, Göthlin J, Willassen Y. Screening for hematuria, glucosuria and proteinuria in people aged 55-64. Technical, clinical and cost-benefit experience from a pilot study. *Scand J Prim Health Care* 1985; 3:31-4
8. Hedelin H, Jonsson K, Salomonsson K, Boman H. Screening for bladder tumours in men aged 60-70 years with a bladder tumour marker (UBC) and dipstick-detected haematuria using both whitelight and fluorescence cystoscopy. *Scand J Urol Nephrol* 2006; 40:26-30
9. Murakami S, Igarashi T, Hara S, Shimazaki J. Strategies for asymptomatic microscopic hematuria: a prospective study of 1,034 patients. *J Urol* 1990; 144: 99-101
10. Steiner H, Bergmeister M, Verdorfer I, Granig T, Mikuz G, Bartsch G, et al. Early results of bladder-cancer screening in a high-risk population of heavy smokers. *BJU Int* 2008;102: 291-296. doi: 10.1111/j.1464-410X.2008.07596.x
11. Suzuki Y, Sasagawa I, Abe Y, Suzuki H, Kubota Y, Nakada T, et al. Indication of cystoscopy in patients with asymptomatic microscopic haematuria. *Scand J Urol Nephrol* 2000; 34: 51-54
12. Thompson I. The evaluation of microscopic hematuria: a population-based study. *J Urol* 1987; 138:1189-1190
13. Hiatt R, Ordonez J. Dipstick urinalysis screening, asymptomatic microhematuria, and subsequent urological cancers in a population-based sample. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 1994; 3:523
14. Davis R, Jones S, Barocas A, Castle E, Lang E, Leveillee R, et al. Diagnosis, evaluation and follow-up of asymptomatic microhematuria (AMH) in adults: AUA guideline. *J Urol* 2012; 188:2473-2481. doi: 10.1016/j.juro.2012.09.078.
15. Friedlander D, Resnick M, You C, Bassett J, Yarlagadda V, Penson D, et al. Variation in the intensity of hematuria evaluation: a target for primary care quality improvement *Am J Med* 2014; 127(7): 633-640. doi: 10.1016/j.amjmed.2014.01.010
16. Messing E, Young T, Hunt V, Roecker E, Vaillancourt A, Hisgen W, et al. Home screening for hematuria: results of a multiclinic study. *J Urol*. 1992; 148:289-92
17. Bruyninckx R, Buntinx F, Aertgeerts B, et al. The diagnostic value of macroscopic haematuria for the diagnosis of urological cancer in general practice. *Br J Gen Pract* 2003; 53:31-35
18. Ng L, Htun T, Dublin N, Ong T, Razack A. Assessment and clinical significance of haematuria in Malaysian patients—relevance to early cancer diagnosis. *Asian Pac J Cancer Prev* 2012; 13:2515-2518
19. Lippmann Q, Slezak J, Menefee S, Ng C, Whitcomb E, Loo R. Evaluation of microscopic hematuria and risk of urologic cancer in female patients. *Am J Obstet Gynecol*. 2016. doi: 10.1016/j.ajog.2016.10.008.
20. Ahmed F, Hamdan H, Abdelgalil H, Sharfi A. A comparison between transabdominal ultrasonographic and cystourethroscopy findings in adult Sudanese patients presenting with haematuria. *Int Urol Nephrol* 2015; 47(2):223-8. doi: 10.1007/s11255-014-0869-9
21. David S, Patil D, Alemozaffar M, Issa M, Master V, Filson C. Urologist Use of Cystoscopy for Patients Presenting With Hematuria in the United States. *Urology* 2016. in press. doi: 10.1016/j.urology.2016.09.018
22. Ramirez D, Gupta A, Canter D, Harrow B, Dobbs R, Kucherov V, et al. Microscopic haematuria at time of diagnosis is associated with lower disease stage in patients with newly diagnosed bladder cancer. *BJU Int*. 2016 May;117(5):783-6. doi: 10.1111/bju.13345
23. Shinagare A, Silverman S, Gershanik E, Chang S, Khorasani R. Evaluating hematuria: impact of guideline adherence on urologic cancer diagnosis. *Am J Med* 2014;127(7):625-32. doi: 10.1016/j.amjmed.2014.02.013
24. Ogunjimi M, Adetayo F, Tijani K, Jeje E, Ogo C, Osegbe D. Gross haematuria among adult Nigerians: current trend. *Niger Postgrad Med J* 2011; 18(1):30-33

Межрегиональная общественная организация

www.forumurology.ru



Интернет форум урологов

