

Анализ и оптимизация медицинской помощи пациентам с острой задержкой мочеиспускания, поступающим в стационары г. Москвы

Д.Ю. Пушкарь¹, В.А. Малхасян¹, Л.А. Ходырева³, П.И. Раснер¹, Ю.А. Куприянов¹, А.А. Дударева³, И.В. Семенякин², В.А. Енгай⁴, М.Б. Зингеренко⁵, А.Ф. Зинухов⁶, И.Э. Мамаев⁷, И.Н. Ответчиков⁸, В.И. Редькович⁹, С.И. Сулейманов¹⁰, Т.Б. Тахирзаде¹¹, В.В. Тедеев², Р.Н. Трушкин¹², С.В. Цыганов¹³, П.И. Мотин¹⁴, И.А. Ласский¹⁵, Д.Н. Колбасов¹⁶, К.С. Скрупский¹

¹ГБОУ ВПО Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова Минздрава РФ, кафедра урологии

²ГБУЗ «ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого ДЗМ»

³ГБУ «НИИ ОЗММ ДЗМ»

⁴ГБУЗ «ГКБ №51 ДЗМ»

⁵ГБУЗ Московский Клинический Научный Центр ДЗМ

⁶ГБУЗ «ГКБ №67 им. Л.А. Ворохобова ДЗМ»

⁷ГБУЗ «ГКБ им. В.М. Буянова ДЗМ»

⁸ГБУЗ «ГКБ №17 ДЗМ»

⁹ГБУЗ «ГКБ №57 ДЗМ»

¹⁰ГБУЗ «ГКБ №7 ДЗМ»

¹¹ГБУЗ «ГКБ №31 ДЗМ»

¹²ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ»

¹³ГБУЗ «ГКБ №3 ДЗМ»

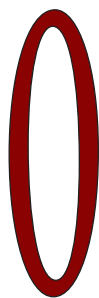
¹⁴ГБУЗ «ГКБ №29 им. Н.Э. Баумана ДЗМ»

¹⁵ГБУЗ «ГКБ им. А.К. Ерамишанцева»

¹⁶ГБУЗ «ГКБ №68 ДЗМ»

Сведения об авторах:

Пушкарь Д.Ю. профессор, д.м.н., заведующий кафедрой урологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова
Pushkar D.Y. - MD, PhD, professor, Head of Urology cathedra of Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Evdokomov
Малхасян В.А. - к.м.н., ассистент кафедры урологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова
Malkhasian V.A. - Phd, assistant of Urology cathedra of Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Evdokomov
Ходырева Л.А. д.м.н., заведующая отделом организации здравоохранения ГБУ «НИИ ОЗММ ДЗМ»
Khodyreva L.A. - MD, PhD, Head of the department of Health Organization GSI "NPCSR"
Раснер П.И. доцент, д.м.н., заведующий 4 урологическим отделением ГКБ им. С.И.Спасокукоцкого
Rasner P.I. - MD, PhD, associate professor, Head of the 4-th Urology Department of municipal clinical hospital named after S.I.Spaskukotskiy
Куприянов Ю.А. к.м.н., ассистент кафедры урологии МГМСУ
Kupriyanov Yu.A. - MD, PhD, assistant professor of urology cathedra of Moscow State University of Medicine and Dentistry
Дударева А.А. к.м.н., ведущий научный сотрудник ГБУ «НИИ ОЗММ ДЗМ» ГБУ «НИИ ОЗММ ДЗМ»
Dudareva A.A. - MD, Ph.D., Leading Researcher of Health Organization GSI "NPCSR"
Семенякин И.В. д.м.н., заместитель главного врача по хирургии ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого
Semenyakin I.A. - MD, PhD, deputy chief doctor for surgery of municipal clinical hospital (MCH) named after S.I.Spaskukotskiy
Енгай В.А. к.м.н., заведующий урологическим отделением ГКБ №51
Ingay V.A. - MD, PhD, head of urology department MCH №51
Зингеренко М.Б. д.м.н., доцент, заведующий урологическим отделением Московский Клинический Научный Центр
Zingerenko M.B. - MD, PhD, associate professor, Head of the Urology Department of the Moscow Clinical Research Center
Зинухов А.Ф. - заведующий урологическим отделением ГКБ №67 им. Л.А. Ворохобова
Zinuhov A.F. - Head of the Urology Department MCH №67 named after L.A. Vorohobov
Мамаев И.Э. к.м.н., заведующий урологическим отделением ГКБ №12 им. В.М. Буянова
Mamaev I.E. - MD, PhD, Head of the Urology Department of MCH №12 named after V.M. Buyanov
Ответчиков И.Н. к.м.н., заведующий урологическим отделением ГКБ №17
Otvetchikov I.N. - MD, PhD, Head of the Urology Department of MCH № 17
Редькович В.И. к.м.н., заведующий 1-м урологическим отделением ГКБ №57
Redkovich V.I. - MD, PhD, Head of the Urology Department of MCH № 57
Сулейманов С.И. к.м.н., заведующий урологическим отделением ГКБ им. С.С. Юдина
Suleimanov S.I. - MD, PhD, Head of the Urology Department of MCH named after S.S. Yudin
Тахирзаде Т.Б. к.м.н., заведующий урологическим отделением ГКБ №31
Takhirzade T.B. - MD, PhD, Head of the Urology Department of MCH №31
Тедеев В.В. - к.м.н., заведующий 3-м урологическим отделением ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого
Tedeev V.V. - MD, PhD, Head of the 3-rd Urology Department MCH named after S.I. Spaskukotskiy
Трушкин Р.Н. к.м.н., заведующий урологическим отделением ГКБ №52
Trushkin R.N. - MD, PhD, Head of the Urology Department of MCH № 52
Цыганов С.В. заведующий урологическим отделением ГКБ №3
Tsiganov S.V. - MD, PhD, Head of the Urology Department of MCH № 3
Мотин П.И. заведующий урологическим отделением ГКБ №29 им. Н.Э. Баумана
Motin P.I. - MD, PhD, Head of the Urology Department of MCH № 29 named after N.E. Bauman
Ласский И.А. к.м.н., заведующий урологическим отделением ГКБ им. А.К.Ерамишанцева
Lasskiy I.A. - MD, PhD, Head of the Urology Department of MCH №20 named after A.K. Eramishantsyev
Колбасов Д.Н. к.м.н., заведующий урологическим отделением ГКБ №68
Kolbasov D.N. - MD, PhD, Head of the Urology Department of MCH № 68
Скрупский К.С. врач уролог отделения СКП ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого
Skroupskiy K.S. - urologist of MCH named after S.I.Spaskukotskiy



Острая задержка мочеиспускания (ОЗМ) является одной из самых частых причин экстренной госпитализации пациента в урологический стационар и самым частым осложнением такого распространенного заболевания у

мужчин, как доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ). По данным современной литературы около 10% мужчин старше 70 и около трети мужчин старше 80 лет имеют риск столкнуться с этой проблемой [1, 2, 3]. При этом у женщин ОЗМ наблюдается в 13 раз

реже с частотой 3 случая в год на 100 000 населения [4, 5].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для оптимизации оказания медицинской помощи и перерасчета стандарта оказания медицинской

помощи пациентам с острой задержкой мочеиспускания нами был проведен анализ оказания медицинской помощи данной категории пациентов в г. Москве. Во все урологические стационары города, находящиеся в ведении Департамента здравоохранения города Москвы, были разосланы более 1000 анкет. По согласованию с заведующими урологических отделений на каждый случай госпитализации по поводу ОЗМ оформлялась одна анкета. По результатам анкетирования, проведенного с февраля по май 2015 года, выполнен анализ демографических показателей, а также методов лечения больных с ОЗМ, поступавших в этот период в московские стационары. Критериями исключения из исследования было наличие цистостомического дренажа и уретрального катетера, т.е. исключались пациенты, у которых госпитализация была обусловлена неадекватным функционированием последних. Получено и подвергнуто статистической обработке 536 анкет, присланных из 21 урологического отделения.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Подавляющее большинство пациентов 531 (99,1%) с ОЗМ были мужского пола. Средний возраст больных составил 69,5 лет, из всех зарегистрированных пациентов 419 (78,2%) на момент госпитализации не работали. Наибольшее число пациентов доставлялось в стационар бригадой скорой медицинской помощи, при этом у 144 (26,9%) пациентов ранее уже были госпитализации по поводу ОЗМ (табл. 1).

Основной причиной ОЗМ у подавляющего большинства пациентов (91%) явилась доброкачественная гиперплазия предстательной железы (рис. 1).

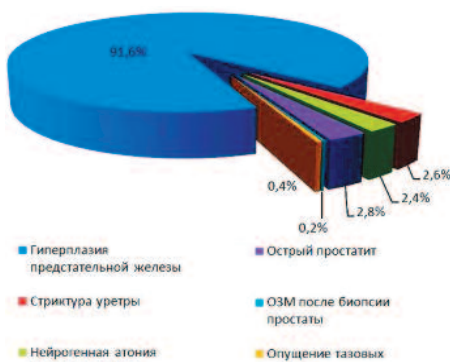


Рис. 1. Причины острой задержки мочеиспускания

Таблица 1. Канал госпитализации больных с ОЗМ

Канал госпитализации	Количество пациентов	Процентное соотношение
По скорой	391	72,9%
По направлению	98	18,3%
Самотек	47	8,8%

Таблица 2. Характеристика ранее проводившегося оперативного лечения

Метод лечения	Количество пациентов	Процентное соотношение
Не проводилось	461	86,0%
Аденомэктомия	7	1,3%
ТУР предстательной железы	30	5,6%
Лазерная вапоризация ПЖ	1	0,2%
Лазерная энуклеация ПЖ	1	0,2%
Брахитерапия	2	0,4%
Другое	34	6,3%

Таблица 3. Сопутствующие заболевания

Заболевание	Количество пациентов	Процентное соотношение
Гипертоническая болезнь	364	67,9%
Ишемическая болезнь	300	56,0%
Сахарный диабет	74	13,8%
Инфаркт миокарда	52	9,9%
Инсульт	36	6,7%
Бронхиальная астма	14	2,6%
Язвенная болезнь желудка и 12 перстной кишки	36	6,7%
Онкологические заболевания	35	6,5%

Средний объем предстательной железы составил 69,5 см³. В ходе ультразвукового обследования «средняя доля» была выявлена у 166 (31%) пациентов, ретенционные изменения верхних мочевыводящих путей – у 106 (20%), а признаки почечной недостаточности (повышение нормального уровня креатинина и/или мочевины крови) – у 88 (16,4%) пациентов. Средний показатель уровня ПСА составил 6,5 нг/мл. Доля пациентов моложе 65 лет равнялась 39,0% (n=207), а средний уровень ПСА в этой группе составил 5,2 нг/мл. Повышение уровня ПСА явилось основанием к выполнению трансректальной мультифокальной биопсии предстательной железы под контролем ультразвука у 99 пациентов (18,5%).

Рак предстательной железы был диагностирован у 24 (24,2%) пациентов. Подавляющему большинству пациентов 461 (86,0%) до госпитализации не проводилось никакого оперативного лечения. Самым частым оперативным пособием, выполнявшимся до госпитализации, была трансуретральная резекция предстательной железы (5,6%) пациентов (табл. 2).

Среди сопутствующих заболеваний, у исследуемых пациентов наиболее часто регистрировались артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет. У 10% больных в анамнезе был острый инфаркт миокарда (табл. 3).

По поводу ДГПЖ, ставшей основной причиной ОЗМ, урологом наблюдались лишь 244 (45,5%) пациента. Более половины пациентов 364 (67,9%) никакого лечения до момента развития ОЗМ не получали. Из 172 (32%) пациентов, получавших медикаментозное лечение до момента развития ОЗМ, 159 (92,4%) принимали различные препараты из группы альфаадреноблокаторов. Самым популярным препаратом из этой группы оказался тамсулозин. Только 14 (8,1%) пациентов получали ингибиторы 5-альфа редуктазы, а 27 (15,7%) – принимали гомеопатические или растительные препараты (табл. 4). ■

В ходе стационарного лечения ОЗМ разрешилась консервативными методами у 306 (57%) пациентов, 230 (43%) пациентам были выполнены различные оперативные пособия. В стационаре медикаментозная терапия проводилась 321 (59,9%) больному. Наиболее часто назначаемым в стационаре препаратом также оказался тамсулозин. После поступления в отделение он был назначен 31,9% пациентам (рис. 2).



Рис. 2. Лекарственная терапия ОЗМ, проводившаяся в стационаре

Среди оперативных вмешательств наиболее популярным оказалась троакарная цистостомия. Это вмешательство было выполнено 87% пациентам (табл. 5). Осложнения оперативного лечения зафиксированы у 17 (7,3%) пациентов: мочевиная инфекция мочевыводящих путей имела место у 7 (3%) больных, флегмона передней брюшной стенки – у одного (0,4%), кровотечение – у

двух (0,9%), макрогематурия – у 6 (2,6%), ранение сигмовидной кишки – у одного пациента (0,4%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ данных, полученных в ходе исследования, продемонстрировал, что большинство пациентов с ОЗМ, доставляемых бригадами СМП в урологические стационары города Москвы, являются неработающими мужчинами старше 65 лет, страдающими ДГПЖ и не наблюдающимися урологами. Средний объем предстательной железы у пациентов на момент госпитализации составил приблизительно 70 см³, а у трети пациентов в ходе обследования выявлена особенность роста предстательной железы, называемая «средней долей». Известно, что у этих пациентов любые варианты медикаментозного лечения оказываются заведомо низкоэффективными.

На момент поступления у 20% пациентов диагностировались ретенционные изменения со стороны верхних мочевыводящих путей, у 16% – на момент госпитализации имелись признаки почечной недостаточности различной тяжести. Данная статистика свидетельствует о высоком проценте

запущенных случаев заболевания.

Примечательно, что только 45% пациентов наблюдались у уролога по поводу имеющегося заболевания и 67% не получали никакой специальной терапии. Можно предположить, что адекватное медикаментозное лечение у большинства больных данной группы позволило бы предотвратить развитие ОЗМ и избежать госпитализации в стационар.

При анализе характера назначаемой медикаментозной терапии обращает на себя внимание крайне низкая популярность среди амбулаторных урологов в назначении ингибиторов 5-альфа-редуктазы. Показательна на этом фоне высокая доля пациентов получавших гомеопатические или различные фитопрепараты. Несмотря на то, что процент пациентов моложе 65 лет от общего числа составил всего 39% (n=207), средний уровень ПСА в данной подгруппе оказался довольно высоким – 5,2 нг/мл. Это свидетельствует о недостаточном внимании к вопросу ранней диагностики рака предстательной железы врачей амбулаторной практики. Биопсия предстательной железы выполнялась только у 99 пациентов, что составило (18,6%).

РЕКОМЕНДАЦИИ

Данный анализ выявил недостаточный уровень курации пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы урологами амбулаторно-поликлинического звена, что, по всей видимости, обуславливает неадекватность проводимой медикаментозной терапии. Также выявлена недостаточно активная тактика в части выполнения биопсии предстательной железы пациентам с повышенным уровнем ПСА в сыворотки крови. Нельзя исключить, что это может быть связано с низкой обращаемостью пациентов за медицинской помощью.

Необходимо предпринять меры, которые будут направлены на более активное выявление пациентов с гиперплазией предстательной железы и их вовлечение в процесс динамиче-

Таблица 4. Медикаментозная терапия, на фоне которой развилась ОЗМ

Препарат	Количество пациентов	Процентное соотношение
Тамсулозин	123	71,5%
Доксазозин	20	11,6%
Альфузозин	11	6,4%
Гомеопатические препараты	17	9,9%
Фитопрепараты	10	5,8%
Дутастерид	9	5,2%
Другие ингибиторы 5-альфа редуктазы	5	2,9%
Другие альфа 1 адrenoблокаторы	3	1,7%
Силодозин	2	1,2%
Теразозин	0	0%
Финастерид	0	0%

Таблица 5. Оперативные пособия, выполненные пациентам, у которых не восстановилось произвольное мочеиспускание

Оперативное пособие	Количество пациентов	Процентное соотношение
Троакарная цистостомия	201	87%
Эндоскопически ассистированная катеризация мочевого пузыря	1	0,5%
Открытая эпицистостомия	3	1,5%
Другое	25	11%

ского наблюдения. Стандарты назначения медикаментозной терапии у данной категории пациентов следует привести в соответствие с мировыми стандартами.

Более активное выявление пациентов с ДГПЖ и вовлечение их в процесс динамического наблюдения и лечения позволит сократить количество пациентов, у которых развивается ОЗМ, выявлять рак предстательной железы на более ранних стадиях, проводить своевременное лечение

указанных заболеваний и, как следствие, сократить расходы на стационарное лечение.

Проведенный анализ позволил получить актуальные данные для приведения в соответствие ряда параметров и перерасчёта стоимости стандарта специализированной медицинской помощи при задержке мочи (Приказ МЗ РФ от 9 ноября 2012 г. N 745н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при задержке мочи»). На ос-

новании полученных данных возможна коррекция усредненного показателя частоты предоставления услуг в разделе «Медицинские мероприятия для диагностики заболевания, состояния» – увеличение исследований уровня ПСА в крови с 0,1 до 0,5.

Учитывая средний возраст больных (69,5 лет) и характер сопутствующих заболеваний, усредненный показатель частоты приема (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный должен быть увеличен с 0,3 до 0,7. ■

Резюме:

С целью анализа медицинской помощи пациентам с острой задержкой мочеиспускания (ОЗМ) во все урологические стационары города, находящиеся в ведении Департамента Здравоохранения г. Москвы, были разосланы анкеты, в которых содержались вопросы, касающиеся медицинских, технических и организационных аспектов лечения пациентов с ОЗМ.

Результаты. Анализ было доступно 536 анкет. Выявлено, что в 91,6% ОЗМ была вызвана доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ). Средний возраст составил 69,5 лет. 144 (26,9%) пациента ранее уже госпитализировались с ОЗМ. Средний объем ПЖ составил 69,5 см³. В 106 случаях (20,0%) был выявлена двусторонняя пиелокаликэктазия, у 88 (16,4%) пациентов выявлены признаки почечной недостаточности. Среднее значение ПСА составило 6,5 нг/мл. 99 (18,6%) пациентов до госпитализации перенесли биопсию ПЖ и у 24 из них (24,2%) был верифицирован рак ПЖ. Подавляющему большинству пациентов – 461 (86,0%) до госпитализации не проводилось никакого оперативного лечения, 30 (5,6%) больным ранее выполнена трансуретральная резекция ПЖ. Сопутствующие заболевания были выявлены у 74% больных. 244 (45,5%) пациентов ранее наблюдались у уролога, а 364 (67,9%) пациентов не получали никакой медицинской помощи до госпитализации. Из 172 пациентов, получавших лечение до госпитализации, 159 (92,4%) принимало альфа-блокаторы, 14 (8,1%) – ингибиторы 5 α -редуктазы и 27 (15,7%) – гомеопатические или растительные препараты. ОЗМ разрешилась консервативными методами у 306 (57%) пациентов. Наиболее часто назначаемым препаратом оказался тамсулозин (31,9% больных). В стационаре 230 (43%) пациентам были выполнены различные оперативные пособия, 201 (87%) – троакарная цистостомия. Осложнения оперативного лечения зафиксированы у 17 (7,3%) пациентов.

Выводы. Данный анализ выявил недостаточный уровень курации пациентов с ДГПЖ урологами амбулаторно-поликлинического звена. Большинство пациентов с ОЗМ не получают адекватной терапии на догоспитальном этапе. Необходимо более активное выявление пациентов с ДГПЖ и вовлечение их в процесс динамического наблюдения и лечения, что позволит сократить количество пациентов, у которых развивается ОЗМ.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Summary:

Analysis of medical care and optimization for patients with acute urinary retention admitted to hospital in Moscow

INTRODUCTION AND OBJECTIVES: The aim of the survey was to gain information on current acute urinary retention (AUR) treatment in Moscow urology departments.

METHODS: A survey was sent to 21 urologic departments within Moscow. The questionnaire contained questions on the medical, technical and organizational aspects of AUR.

RESULTS: We received information on 536 patients. 99.1% of patients were male. The mean age was 69.5 years, 419 (78.2%) patients were retired. 144 (26.9%) patients were previously hospitalized for AUR. In 91.6% patients AUR was caused by BPH. The mean prostate volume was 69.5 cc. In 106 (20.0%) patients bilateral hydronephrosis along with signs of renal failure were detected. Mean PSA level was 6.5 ng/ml, 99 (18.6%) patients were biopsied and in 24 (24.2%) prostate cancer has been found. 461 (86.0%) have not had any lower urinary tract surgery before admission, 5.6% had previously undergone TURP. Comorbidities were found in 74% patients. Arterial hypertension (67.9%) and coronary heart disease (56.0%) were most prevalent comorbidities. Only 244 (45.5%) patients have been visiting urologist and 364 (67.9%) patients did not receive any medical care before hospital admission. Among 172 patients who received medication before admission, 159 (92.4%) patients were prescribed alpha-blockers, 14 (8.1%) 5 α -reductase inhibitors and 27 (15.7%) patients had been taking homeopathic or herbal products. AUR were managed conservatively in 306 (57%) patients. Only 321 (59.9%) patients have been prescribed medication within the hospital. Tamsulosin 31.9% were the most prescribed drug. 201 patients underwent surgery with a trocar cystostomy. Surgery complications were detected in 17 (7.3%) patients. UTI were found in 7 (2.2%) patients, profuse hematuria in 6 (1.9%), hemorrhage in 2 (0.6%), abdominal phlegmon and sigmoid colon injury in 1 (0.3%) patient.

CONCLUSIONS: The present survey shows that the almost half of patients with AUR receive no follow-up or treatment before hospital admission. It seems that patients screening and involving them in active surveillance might help patients to avoid AUR and surgery.

Authors declare lack of the possible conflicts of interests.

Ключевые слова: острая задержка мочи, доброкачественная гиперплазия предстательной железы, оптимизация лечения.

Key words: acute urinary retention, benign prostatic hyperplasia, optimization of treatment.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Fong YK, Milani S, Djavan B. Natural history and clinical predictors of clinical progression in benign prostatic hyperplasia. *Curr Opin Urol* 2005;15(1):35-38.
2. Jacobsen SJ, Jacobson DJ, Girman CJ, Roberts RO, Rhodes T, Guess HA, et al. Natural history of prostatism: risk factors for acute urinary retention. *J Urol* 1997;158(2):481-487.
3. Contemporary Urology. Urology Times 2005 Fact Book. Advanstar Medical Economics Healthcare Communications Secondary Research Services 2005.
4. van der Walt, van Vuuren SP, Heyns CF. The management of female urinary retention. *Int Urol Nephrol* 2006;38(3):533-535.
5. Klarskov P, Andersen JT, Asmussen CF, Brenøe J, Jensen SK, Jensen IL, et al. Acute urinary retention in women: a prospective study of 18 consecutive cases. *Scand J Urol Nephrol* 1987;21(1): 29-31.