

*На правах рукописи*



**Сазонова Наталья Алексеевна**

**Лечение недержания мочи у женщин  
в условиях стационара кратковременного пребывания**

3.1.13. Урология и андрология

Автореферат  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

Москва – 2025

Работа выполнена в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Российский университет медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации

**Научный руководитель:**

доктор медицинских наук, доцент

**Гвоздев Михаил Юрьевич**

**Официальные оппоненты:**

**Еникеев Михаил Эликович** – доктор медицинских наук, доцент, федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), Институт урологии и репродуктивного здоровья человека, профессор института

**Кубин Никита Дмитриевич** – доктор медицинских наук, профессор, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный университет», Медицинский институт, кафедра урологии, заведующий кафедрой

**Ведущая организация:** Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита состоится «23» июня 2025 года в 13:00 часов на заседании диссертационного совета ДСУ 208.001.26 на базе ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) по адресу: 119435, г. Москва, ул. Большая Пироговская, д. 2, строение 1

С диссертацией можно ознакомиться в Фундаментальной учебной библиотеке ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) (119034, г. Москва, Зубовский бульвар, д. 37/1) и на сайте организации: <https://www.sechenov.ru>

Автореферат разослан «\_\_»\_\_\_\_\_ 2025 г.

Ученый секретарь диссертационного совета  
доктор медицинских наук, доцент



**Крупинов Герман Евгеньевич**

## **ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ**

### **Актуальность темы исследования**

Стрессовая форма недержания мочи – распространенное урологическое заболевание у женщин, характеризующееся непроизвольным выделением мочи при повышении внутрибрюшного давления при кашле, чихании, физических нагрузках, которое, хотя и не является жизнеугрожающим состоянием, негативно сказывается на качестве жизни пациенток. По данным современных мировых исследований, встречаемость стрессового недержания мочи (СНМ) варьирует от 25% до 45% [Abrams P., Smith A.P., Cotterill N., 2015]. Истинную распространенность трудно назвать объективной: многие пациенты стесняются заболевания и обеспокоены отношением социума, что приводит к низкой обращаемости за медицинской помощью. Невысокая осведомленность населения о данной проблеме, а также отсутствие знаний о способах ее решения не позволяют пациенту самостоятельно выбрать метод лечения, и часто он полагается на мнение и опыт врача. Определение тактики лечения основано на объективной оценке выраженности недержания: частота и объем теряемой мочи [Hanley J., Capewell A., Hagen S., 2001]. Однако это может быть не основным критерием для самой пациентки. В последних работах подчеркивается важность субъективного восприятия пациентом своей проблемы для принятия решения о методах, сроках и объемах лечения. «Немедицинская» оценка заболевания все чаще делает необходимым совместное консультирование пациенток с психологом. Связь личностных свойств, субъективной оценки риска оперативного вмешательства и отношения к болезни поможет подобрать оптимальную стратегию лечебного процесса и сроки стационарного пребывания.

### **Степень разработанности темы исследования**

Первая и наиболее эффективная операция по коррекции недержания мочи была предложена Берчем в 1961 г., позже появилось множество модификаций данной методики, среди которых наиболее известны методики Танаго и Маршалла – Марчетти – Крантца, однако все они сопряжены с большим количеством осложнений. Впервые методика слинговых операций была

применена в 1993 г. и описана как «новая амбулаторная процедура лечения недержания мочи у женщин». В исследование были включены 50 пациенток, которые перенесли манипуляцию под местной анестезией. Метод, известный с конца XX века, постепенно заменил кольпосуспензию по Берчу как наименее инвазивный. И на сегодняшний день субуретральная петлевая пластика является золотым стандартом лечения стрессовой формы недержания мочи.

В Российской Федерации на сегодняшний день принята модель длительного пребывания пациенток в стационаре в течение трех и более дней. Актуальным вопросом для современного медицинского сообщества является проблема инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, что затрудняет лечение и несет дополнительную финансовую нагрузку на систему здравоохранения. В связи с этим отмечается тенденция сокращения сроков пребывания пациента в стационаре.

Выполнение оперативных вмешательств в условиях стационара кратковременного пребывания (СКП) снижает экономическую нагрузку на систему здравоохранения. Выполнение манипуляций по единому стандарту минимизирует риски развития осложнений и делает данный тип стационарного пребывания оптимальным для различных возрастных групп. Вопросу оценки сроков пребывания пациентов в стационаре уделяется недостаточно внимания, что является актуальной задачей и нуждается в своевременном решении.

### **Цель и задачи исследования**

Цель данной работы – улучшить результаты хирургического лечения пациенток со стрессовой формой недержания мочи в условиях СКП.

Задачи исследования:

1. Оценить безопасность и эффективность выполнения субуретральной петлевой пластики в условиях СКП.
2. Разработать и стандартизовать порядок организации хирургического лечения пациенток, страдающих стрессовой формой недержания мочи, в условиях СКП.

3. Провести проспективный сравнительный анализ изменений психологического статуса пациенток, страдающих стрессовой формой недержания мочи, в условиях СКП и стационара круглосуточного пребывания.

4. Оценить экономическую эффективность лечения СНМ у женщин в условиях СКП.

### **Научная новизна**

В данной работе представлены результаты первого в России проспективного анализа, в рамках которого была определена тактика хирургического лечения пациенток с СНМ по принципу fast track, или хирургии ускоренной реабилитации.

Впервые выполнены оценка и сравнительный анализ результатов оперативного лечения, а также изменения психологического статуса пациенток, прошедших лечение в СКП и стационаре круглосуточного нахождения [Психологические аспекты хирургического лечения стрессового недержания мочи у женщин / Н.А. Сазонова, М.Г. Киселева, М.Ю. Гвоздев, Ю.В. Красавцева // Урология. 2024. № 4. С. 35–40].

Произведена оценка экономической целесообразности лечения СНМ у женщин в условиях СКП и сравнение с аналогичным вмешательством в условиях стационара круглосуточного пребывания [Экономическая эффективность лечения недержания мочи в условиях стационара кратковременного пребывания / Н.А. Сазонова, М.Ю. Гвоздев, А.В. Садченко, Д.Ю. Пушкарь // Экспериментальная и клиническая урология. 2024. № 17 (3). С. 10–14.].

Таким образом, данное исследование вносит ценный вклад в оптимизацию подходов к лечению СНМ с акцентом на ускоренное восстановление, психологическое благополучие пациенток и экономическую эффективность.

### **Теоретическая и практическая значимость работы**

Согласно полученным данным исследования определены безопасность и эффективность выполнения субуретральной петлевой пластики в условиях СКП. Полученные результаты сочетаются с улучшенными показателями по результатам психологических анкет у пациенток группы СКП. Разработан алгоритм

хирургического лечения СНМ при нахождении пациенток в условиях СКП. Данные разработки применяются в отделении стационара кратковременного пребывания ММНKKЦ им. С.П. Боткина ДЗМ, а также внедрены в учебный процесс кафедры урологии при изучении дисциплины «урология» студентов 4 курса лечебного факультета, цикла постдипломного образования «урогинекология», читаемых по направлению подготовки 3.1.13. Урология и андрология (Акт о внедрении в лечебный процесс от 13 февраля 2025 г.; Акт о внедрении в учебный процесс от 13 февраля 2025 г.).

### **Методология и методы исследования**

Основой методологии диссертационной работы явилось исследование отечественной и зарубежной литературы по проблеме лечения СНМ у женщин, анализ результатов лечения пациенток в условиях СКП и стационара круглосуточного наблюдения, сравнение эффективности и безопасности выполненного хирургического вмешательства в зависимости от типа стационарного пребывания. Все пациентки заполняли специальные психологические анкеты до лечения и через три месяца после выписки из медицинского учреждения с целью оценки «переносимости» лечения. Полученные результаты в последующем были внесены в таблицы Microsoft Excel. Статистический анализ проводился с использованием программы IBM SPSS Statistics v.25 (разработчик – IBM Corporation).

### **Положения, выносимые на защиту**

1. Эффективность хирургического лечения СНМ у женщин в условиях СКП и количество осложнений не зависят от типа стационарного пребывания.
2. Лечение в условиях СКП обеспечивает улучшенные результаты психологического состояния пациенток по сравнению с более длительным нахождением в стационаре.
3. Следование критериям отбора пациенток, страдающих СНМ, для лечения в условиях СКП является важным этапом предоперационной подготовки.

4. Тождественные результаты лечения СНМ у женщин в условиях СКП и стационара круглосуточного пребывания демонстрируют лучшую экономическую эффективность при кратковременном нахождении пациентки в стационаре.

#### **Степень достоверности и апробация результатов**

Диссертационное исследование соответствует принципам клинической практики и доказательной медицины. Сбор и обработка данных осуществлялись с использованием компьютерной программы Excel (Microsoft Corporation). Полученные данные подверглись статистическому анализу с применением программы IBM SPSS Statistics v.25 (IBM Corporation). Статистически значимыми считали различия на уровне критерия  $p < 0,05$ . Выводы и практические рекомендации, сформулированные в диссертации, основаны на фактических данных.

Основные положения диссертации были доложены и обсуждены на научных конференциях (XIX Международный конгресс «Реабилитация и санаторно-курортное лечение 2021»; «Первая всероссийская урологическая конференция молодых ученых с международным участием»; «IV Научно-методический форум организаторов здравоохранения»).

Заключение принято на заседании кафедры урологии ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» МЗ РФ научно-образовательного института клинической медицины им. Н.А. Семашко, лечебный факультет, протокол № 54 от 23 января 2025 года.

#### **Личный вклад автора**

Диссертантом самостоятельно проведен анализ научных отечественных и зарубежных работ, составлен аналитический обзор литературы.

Автор лично принимал участие на всех этапах исследования: беседа с пациентками, обработка данных психологических опросников, ассистенция на операциях, наблюдение за пациентками в послеоперационном периоде, ведение медицинской документации, статистическая обработка полученных данных. Диссертантом лично разработан дизайн исследования, сформулированы выводы и практические рекомендации, самостоятельно написаны все главы

диссертационного исследования и его автореферат, а также имеющиеся статьи по теме исследования. Автор лично представил результаты работы на научных конференциях.

### **Соответствие диссертации паспорту научной специальности**

Диссертация соответствует паспорту специальности 3.1.13. Урология и андрология. Результаты проведенного исследования соответствуют паспорту специальности, пункт 3.

### **Публикации по теме диссертации**

По результатам исследования автором опубликовано шесть работ, в том числе одна научная статья в журнале, включенном в Перечень рецензируемых научных изданий Сеченовского Университета / Перечень ВАК при Минобрнауки России, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, две статьи в изданиях, индексируемых в международных базах (Web of Science, Scopus, PubMed, MathSciNet, zbMATH, Chemical Abstracts, Springer), одна иная публикация по результатам исследования, две публикации в сборниках материалов международных и всероссийских научных конференций.

### **Структура и объем диссертации**

Диссертация состоит из введения, пяти глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы, включающего 126 источников. Работа изложена на 94 страницах, содержит 5 рисунков, 20 таблиц, 1 схему, 9 диаграмм.

## **ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**

### **Материалы и методы исследования**

Выполнено открытое рандомизированное сравнительное исследование эффективности и безопасности лечения недержания мочи в условиях СКП и стационара круглосуточного пребывания, а также оценка психологического состояния пациенток в зависимости от длительности госпитализации, расчет экономической эффективности.

В клинике урологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова была произведена оценка 174 пациенток с жалобами на недержание мочи в условиях консультативно-диагностического центра городской клинической больницы (ГКБ) им. С.И. Спасокукоцкого. Из них 36 человек не прошли в исследование по критериям невключения в исследование, 5 пациенток отказались от участия в исследовании в связи с выбором в пользу консервативного лечения.

В исследование было включено 133 человека, для рандомизации пациенток применен метод последовательных номеров. В основную группу вошли 66 человек, в контрольную – 67. Группы были однородны в двух выборочных совокупностях, что позволило провести сравнительный анализ результатов хирургического лечения. В 1 группе (основной) пациентки находились на лечении в СКП в течение 8 часов, во 2 группе (контрольной) – 3–4 суток. Все пациентки перенесли трансобтураторную субуретральную петлевую пластику с использованием синтетического (проленового) имплантата. Все вмешательства были выполнены двумя опытными хирургами (практический опыт – более 1000 подобных вмешательств). Обследование и лечение пациенток проводилось на базе ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого в 3-м и 4-м урологическом отделениях и в СКП за период с 2021 по 2022 год.

Всем больным на этапе предоперационной подготовки выполнялось обследование, которое включало:

– Тщательный сбор жалоб и анамнеза болезни, заполнение психологических опросников: HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale, Госпитальная шкала тревоги и депрессии), SF-36 (Short Form-36, Неспецифический опросник качества жизни), BBQ (Brunnsviken Brief Quality of Life Scale, Краткая шкала качества жизни Бруннsvикена) до операции и через три месяца после нее.

– Заполнение дневника мочеиспусканий до оперативного лечения.

– Комплексное уродинамическое исследование до оперативного лечения.

– Осмотр в гинекологическом кресле, оценка кашлевой пробы – до операции и через три месяца после нее.

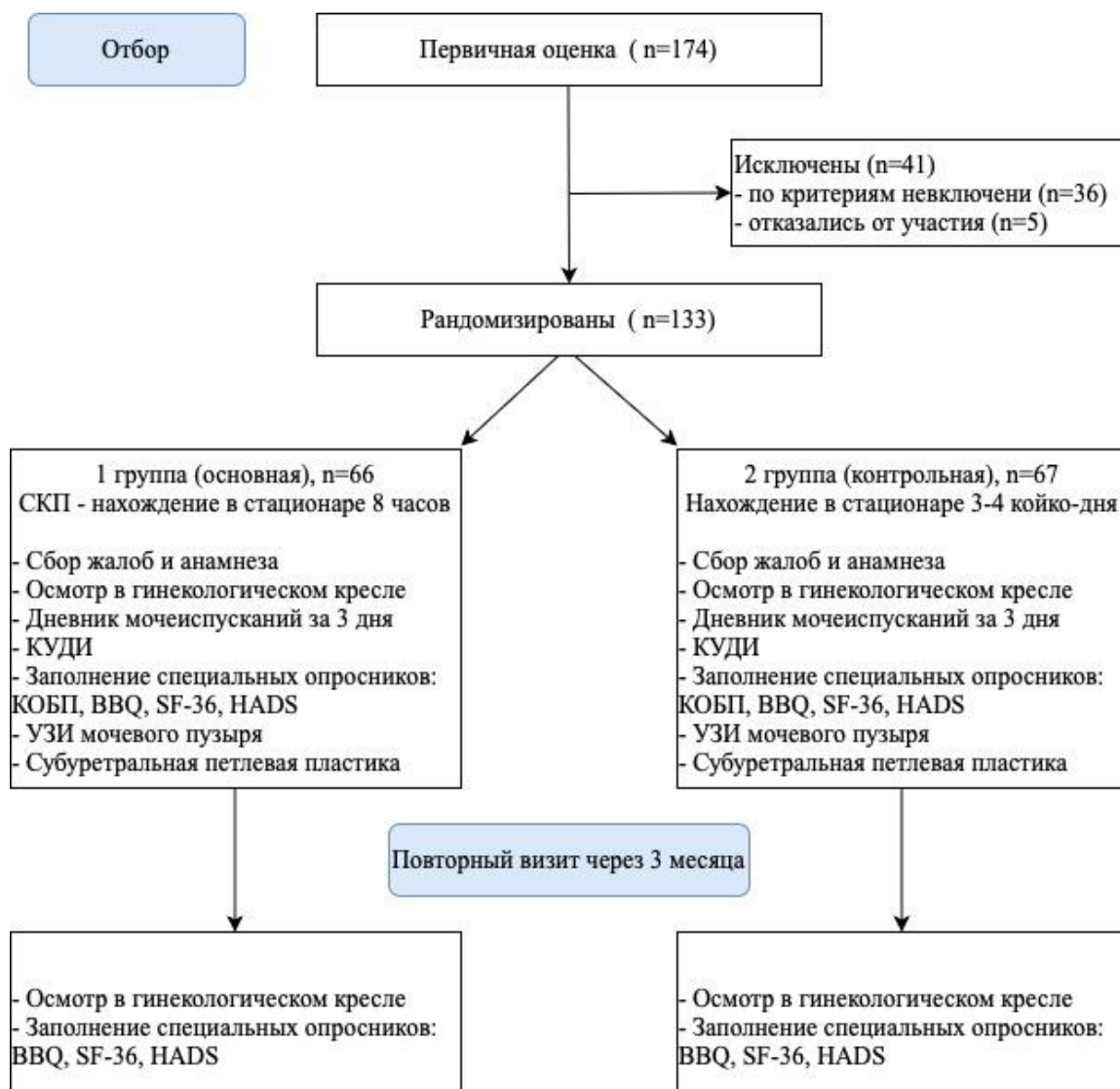


Рисунок 1 – Блок-схема с дизайном исследования

## РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

### Психологические тесты. Описательная статистика

Недержание мочи негативно сказывается на качестве жизни и психологическом статусе пациенток. В связи с этим оценивались уровень тревоги и депрессии до и после оперативного лечения и влияние вмешательства на качество жизни данных больных.

Анализ опросника HADS ожидаемо показал высокий уровень тревоги и депрессии у пациенток обеих групп до начала лечения, что соответствует субклинически выраженным симптомам. HADS (тревога) в основной группе – 6 (4;8), в контрольной – 7 (4;8) баллов, уровень значимости по U-критерию Манна – Уитни  $p=0,81$ . HADS (депрессия) в основной группе – 6 (4;9), в контрольной – 6

(4;7,5) баллов, уровень значимости по U-критерию Манна – Уитни  $p=0,139$ . Между группами по уровню депрессии и тревоги до лечения не было выявлено статистически значимой разницы.

После операции зафиксировано снижение баллов, однако в группе пациенток, находившихся на лечении в СКП, отмечалась статистически более выраженная динамика уменьшения баллов по сравнению с группой контроля (Диаграммы 1, 2).

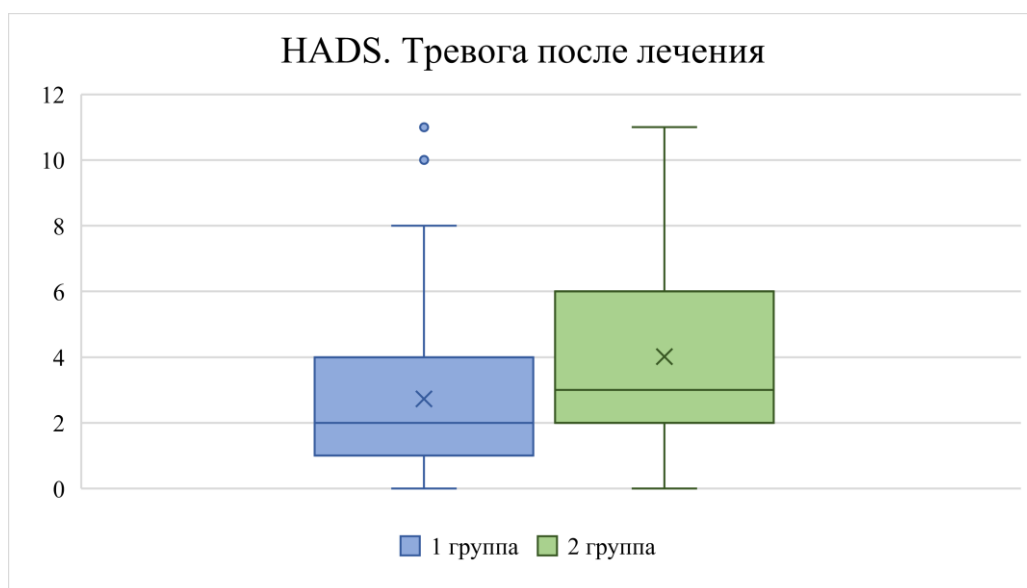


Диаграмма 1 – Диаграмма размаха между двумя группами по критерию тревоги опросника HADS после лечения

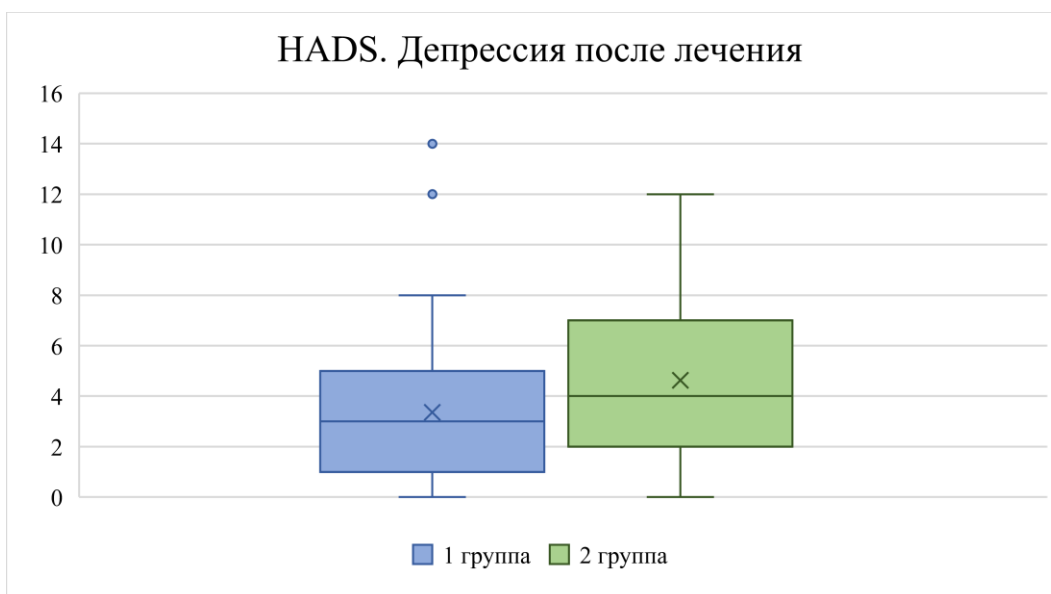


Диаграмма 2 – Диаграмма размаха между двумя группами по критерию депрессии опросника HADS после лечения

При внутригрупповом сравнении выявлено статистически значимое снижение уровня тревоги и депрессии по баллам опросника HADS у пациенток обеих групп. Данные представлены в Таблице 1.

Таблица 1 – Динамика изменений внутри основной и контрольной групп до и после лечения

Параметр сравнения	Основная группа (1 группа), n=66	Контрольная группа (2 группа), n=67	р-значение (W-критерий Вилкоксона)
	Медианное изменение с ДИ		
HADS. Тревога	-4 [-4,5; -3,5]	-3 [-3,5; -2,5]	$p \leq 0,005$
HADS. Депрессия	-4 [-4,5; -3]	-1,5 [-2; -0,5]	$p \leq 0,005$

Следующим параметром, который был проанализирован в рамках диссертационной работы, является показатель качества жизни. Для получения наиболее объективных данных использовались два опросника: ВВQ и SF-36.

Согласно баллам опросника ВВQ, изначально основная и контрольная группы были различными по показателям качества жизни. Медианное значение суммы баллов в 1 группе составило 59 (41,5;71,5), в то время как во 2 группе – 64 (52,5;80),  $p=0,036$ . В обеих группах отмечалась тенденция к улучшению качества жизни с достоверно значимой разницей, медианное значение суммы баллов составило 74 (60;83) в основной группе и 64 (57;76,5) в группе сравнения. Данные представлены в Таблице 2.

Таблица 2 – Результаты опросника ВВQ

Параметр сравнения	Основная группа (1 группа), n=66	Контрольная группа (2 группа), n=67	Уровень значимости по U-критерию Манна – Уитни
	Баллы, median (q1;q3)		
ВВQ. Общий балл до лечения	59 (41,5;71,5)	64 (52,5;80)	$p=0,036$
ВВQ. Общий балл после лечения	74 (60;83)	64 (57;76,5)	$p=0,048$

Внутригрупповое сравнение показало значимое улучшение качества жизни в группе пациенток, находившихся на лечении в СКП 14,5 [12;16,5],  $p < 0,05$ , однако в группе сравнения такой динамики отмечено не было -1 [-3,5;2] при  $p = 0,567$ . Полученные данные представлены на Диаграммах 3 и 4.

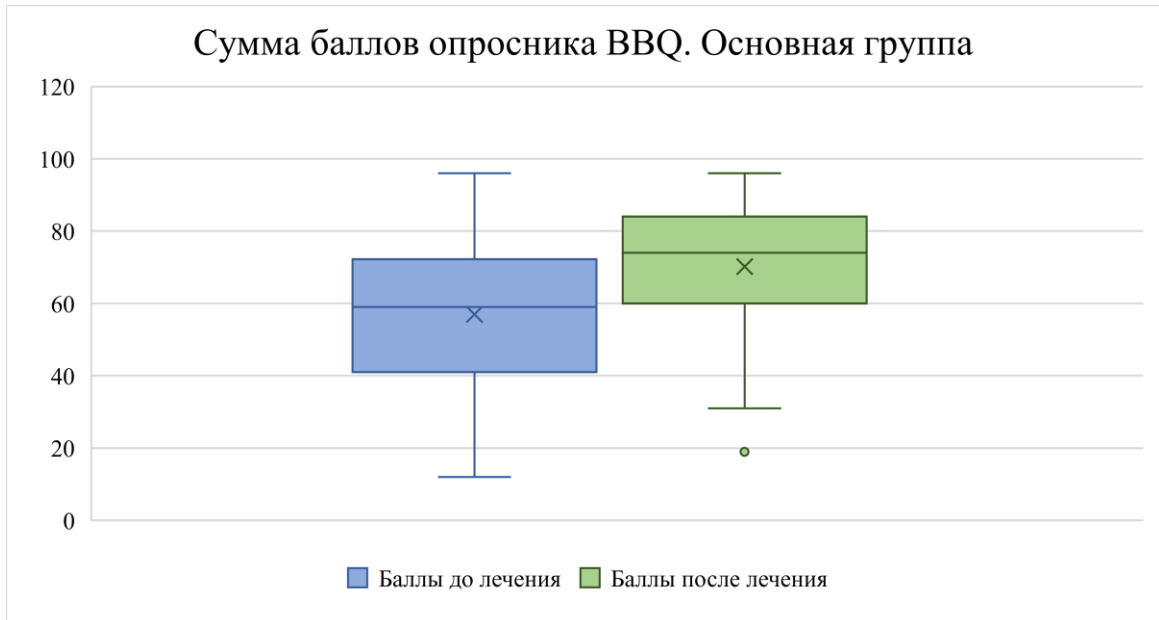


Диаграмма 3 – Сумма баллов опросника ВВQ. Основная группа

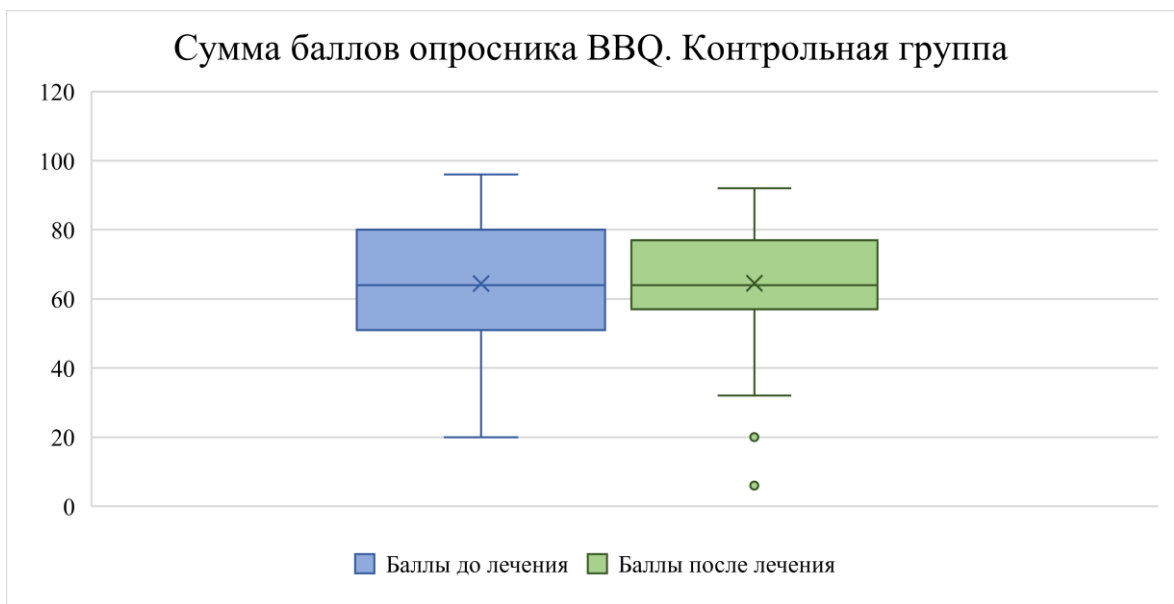


Диаграмма 4 – Сумма баллов опросника ВВQ. Контрольная группа

Для сравнения суммы баллов опросника SF-36 был применен U-тест Манна – Уитни. Между группами до лечения не было выявлено статистически значимой разницы по показателям физического и психического компонентов

здоровья. В 1 группе медианное значение суммы баллов опросника SF-36 по физическому компоненту составило 49,16 (43,16;54,21), во 2 группе – 49,72 (43,05;54,7),  $p=0,709$ . Психический компонент опросника SF-36 в основной группе был на уровне 48,18 (36,67;52,65), а в контрольной – 47,71 (41,27;51,58),  $p=1$ .

Сравнение групп выявило статистически значимые на уровне 5% ( $p<0,05$ ) различия для следующих параметров после лечения: SF-36, физический компонент здоровья, основная группа – 50,95 (47,7;55,58) и контрольная группа – 47,3 (38,55;54,1) и SF-36, психический компонент здоровья, основная группа 57,2 (50,6;61), группа контроля – 51,7 (43,9;55,05) (Таблица 3).

Таблица 3 – Результаты опросника SF-36

Параметр сравнения	Основная группа (1 группа), n=66	Контрольная группа (2 группа), n=67	Уровень значимости по U-критерию Манна – Уитни
	Баллы, median (q1;q3)		
SF-36. Физический компонент здоровья до лечения	49,16 (43,16;54,21)	49,72 (43,05;54,7)	$p=0,709$
SF-36. Физический компонент здоровья после лечения	50,95 (47,7;55,58)	47,3 (38,55;54,1)	$p=0,004$
SF-36. Психический компонент здоровья до лечения	48,18 (36,67;52,65)	47,71 (41,27;51,58)	$p=1$
SF-36. Психический компонент здоровья после лечения	57,2 (50,6;61)	51,7 (43,9;55,05)	$p<0,001$

Динамика «до-после» изменения параметров в группах приведена в Таблице 4, где указаны медианные изменения параметров в группах с 95%

доверительными интервалами. Внутригрупповое сравнение «до-после» выполнено с помощью W-критерия Вилкоксона для связанных выборок.

Таблица 4 – Динамика изменений внутри основной и контрольной групп до и после лечения, опросник SF-36

Параметр сравнения	Основная группа (1 группа), n=66	Контрольная группа (2 группа), n=67	p-значение (W-критерий Вилкоксона)
	Медианное изменение с ДИ		
SF-36. Физический компонент здоровья	2,4 [1;4]	-1,6 [-3,1; -0,3]	$p \leq 0,005$
SF-36. Психический компонент здоровья	9 [6,82;11,2]	3 [1,5;4,5]	$p \leq 0,005$

Анализируя данные результаты, можно сказать о значимом улучшении параметров тревоги и депрессии и качества жизни у пациенток, перенесших хирургическую коррекцию СНМ. Более значимая положительная динамика по результатам опросника выявлена в группе пациенток, находившихся на лечении в СКП.

### Эффективность операций

Эффективность выполненного лечения оценивалась через три месяца после хирургического лечения. Для объективной оценки у пациенток проверялась кашлевая проба при осмотре в гинекологическом кресле. В основной группе у 8% пациенток операция оказалась неэффективной, а в контрольной группе – у 6% (Диаграмма 5).

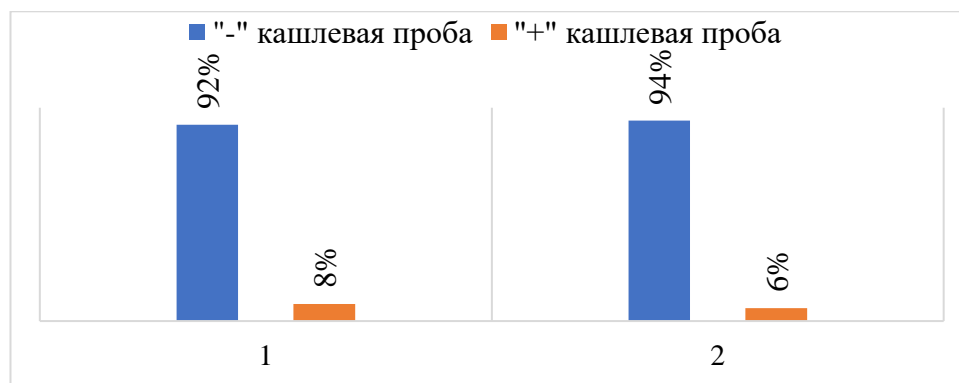


Диаграмма 5 – Оценка кашлевой пробы при осмотре на кресле через 3 месяца после операции

### Безопасность выполнения субуретральной петлевой пластики в условиях стационара кратковременного пребывания

Оценка безопасности выполнения субуретральной петлевой пластики в условиях СКП производилась на основании анализа осложнений, возникших после хирургического лечения, таких как болевой синдром в раннем периоде, инфравезикальная обструкция, инфекции мочевыводящих путей, протрузия сетчатого протеза и диспареуния, а также кровопотеря во время операции более 50 мл. Соотношение осложнений представлено в Таблице 5.

Таблица 5 – Осложнения выполнения петлевой пластики уретры

Осложнение	Основная группа	Контрольная группа
Болевой синдром	19,7%	22%
Инфравезикальная обструкция	3%	2,9%
	Рассечение петли	1,5%
Инфекции мочевыводящих путей	4,5%	5,9%
Протрузия протеза	0%	0%
Диспареуния	0%	0%
Интраоперационная кровопотеря >50 мл	0%	0%

Интраоперационная кровопотеря у больных не превышала 50 мл в обеих группах.

В раннем послеоперационном периоде болевой синдром возник у 13 пациенток основной группы (19,7%) и у 15 пациенток из группы контроля (22%), что потребовало применения нестероидных противовоспалительных препаратов (диклофенак 75 мг в/м), это соответствует I степени осложнений по классификации Клавьена – Диндо [Clavien P.A., Dindo D., Schulick R.D., 2009].

После удаления уретрального катетера две пациентки (3%), проходившие лечение в СКП, отметили ухудшение качества мочеиспускания, при контрольном ультразвуковом исследовании объем остаточной мочи составил 220 и 180 мл, что потребовало обучения пациенток самокатетеризации. На повторном визите через три месяца после оперативного вмешательства у одной пациентки инфравезикальная обструкция разрешилась, в одном случае потребовалось выполнить рассечение сетчатого протеза. В группе контроля у двух пациенток возникло аналогичное осложнение, разрешившееся консервативно.

Инфицированность мочевых путей до и после оперативного вмешательства и пребывания в стационаре оценивалась по результатам бактериологического анализа мочи. Согласно полученным данным, бактериурия  $>10^5$  КОЕ была выявлена у трех пациенток 1 группы (4,5%) и четырех пациенток 2 группы (5,9%); ввиду отсутствия симптоматики антибактериальная терапия не применялась.

В структуре поздних послеоперационных осложнений выделяют протрузию сетчатого протеза. Во время гинекологического осмотра через три месяца после хирургического вмешательства случаев эрозии слизистой влагалища и протрузии протеза выявлено не было. Также пациентки были опрошены относительно возобновления сексуальных отношений: 35 (53%) пациенток основной группы и 42 (62%) группы контроля вели половую жизнь после операции, ни одна пациентка не предъявляла жалоб на боль во время коитуса.

Невысокий процент осложнений связан, вероятно, с более тщательным отбором пациентов для оперативного вмешательства, полным информированием

о предстоящей хирургической коррекции и возможных осложнениях, а также большим опытом хирургов (>1000 выполненных подобных операций).

Лечение недержания мочи, в частности в условиях СКП, рекомендовано пациенткам для улучшения их качества жизни и разрешения психологического дискомфорта. Это создает предпосылки к уменьшению функциональных осложнений, в конечном итоге повышает эффективность лечения пациенток, страдающих недержанием мочи.

### **Оценка экономической эффективности**

Реализация пилотного проекта «Стационар кратковременного пребывания (СКП)» с 2016 г. для оказания хирургической помощи пациентам позволила существенно снизить финансовую нагрузку на систему здравоохранения г. Москвы в целом. За счет увеличения коечного фонда в СКП медицинскую помощь смогло получить большее количество граждан мегаполиса, некоторые вмешательства практически полностью выполняются в рамках СКП, без необходимости круглосуточного пребывания пациента в стационаре. Так, за 2021 г. суммарно в СКП перенесли хирургические вмешательства 6393 пациента.

СКП обеспечивает 100% оперативную активность – это стало возможным за счет тщательной догоспитальной подготовки, включающей в себя обследование и отбор пациентов для оперативных вмешательств. При поступлении в стационар с пациентом проводятся повторная беседа и осмотр оперирующим врачом. После оформления необходимых документов пациент направляется в палату, где проводятся предоперационная подготовка и осмотр врачом анестезиологом-реаниматологом. Эти шаги помогают минимизировать вероятность осложнений и ускорить процесс восстановления после операции. После хирургического вмешательства пациент находится под наблюдением среднего медицинского персонала, после удаления уретрального катетера и тампона из влагалища, активации пациентки, однократного самостоятельного мочеиспускания выполняется контроль остаточной мочи с помощью ультразвукового исследования. Данный этап необходим для оценки ранних операционных

осложнений. Затем проводится совместный обход с заведующим отделением. При условии удовлетворительного состояния и отсутствия осложнений пациентка выписывается домой не позднее 16 часов.

Такой подход позволяет не только сократить время пребывания пациента в стационаре, но и снизить затраты на лечение, что важно как для больного, так и для медицинского учреждения.



Схема 1 – План маршрутизации пациентки при лечении стрессового недержания мочи в условиях стационара кратковременного пребывания

Этот план маршрутизации (Схема 1) предполагает быстрое и эффективное оказание медицинской помощи с минимально необходимым временем пребывания в стационаре, что характерно для СКП.

В данной диссертационной работе была рассчитана экономическая эффективность двух типов стационарного пребывания: в течение одного койко-дня – СКП и в течение трех дней – стационар круглосуточного пребывания для хирургического лечения СНМ. Особое внимание уделено анализу стоимости лечения, времени пребывания пациентки в стационаре и качества проведения медицинских процедур.

Расходы на медицинские услуги подразделяются на основные и косвенные. К основным относят те, которые непосредственно связаны с оказанием медицинской услуги (медикаменты, инструментарий, заработная плата и другие), к косвенным – расходы, не относящиеся к лечебному процессу (коммунальные платежи, заработная плата административного и управленческого персонала и другие).

Прямые затраты в условиях стационара круглосуточного пребывания составляют 17 798 руб., стоимость одного койко-дня – 932 руб., соответственно, трехдневное пребывание обходится в 2 796 руб., а общая стоимость лечения – 20 594 руб.

Прямые затраты в условиях СКП составляют 14 724 руб., а стоимость одного койко-дня – 865 руб., общая стоимость лечения – 15 589 руб., что на 5 005 руб. меньше по сравнению с лечением в условиях стационара круглосуточного пребывания. Стоимость операции не зависит от типа стационарного пребывания и насчитывает 67 848,68 руб. Таким образом, усредненная разница в лечении СНМ в условиях СКП на 10 067 руб. ниже по сравнению с аналогичным вмешательством, но при нахождении пациента в стационаре в течение трех дней.

Подход к оценке эффективности деятельности лечебного учреждения должен быть многогранным – учитывать не только непосредственные медицинские результаты, но и широкий социальный и экономический контекст. Это позволит достичь более полного и объективного понимания того, какие практики и технологии эффективнее в достижении целей здравоохранения.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Недержание мочи остается достаточно распространенным заболеванием: учитывая рост продолжительности жизни, ожидается увеличение числа женщин, страдающих от инконтиненции. Интимный характер данной проблемы, отсутствие знаний о способах лечения недержания мочи, формирование мнения, что данное заболевание «нормально» для возрастных пациенток или рожавших женщин, и другие факторы не позволяют вовремя обращаться за медицинской помощью. Нередко недержание мочи сопровождается повышенной тревожностью и депрессией.

Современные методы хирургического лечения имеют достаточно высокую эффективность и низкие риски осложнений. Субуретральная петлевая пластика, признанная золотым стандартом оперативного лечения, изначально подразумевалась как «30-минутная амбулаторная процедура», однако на

территории РФ наиболее распространенным вариантом является длительное пребывание в стационаре, в среднем три-пять койко-дней.

С момента открытия первых СКП в 2016 г. работа оптимизировалась, регулярно обновлялся приказ о СКП, были добавлены заболевания, ранее не входившие в перечень, а также операции и новые оперативные методики. Накопленный опыт выполнения оперативных вмешательств позволил увеличить производительность труда без роста количества осложнений.

Данные нашего исследования показали лучшую переносимость пациентками лечения в условиях СКП по сравнению с круглосуточным пребыванием по результатам психологических анкет. Вероятно, это объясняется тем, что в условиях лечебного учреждения пациент ощущает себя «больным», а дома – «выздоровливающим».

Лечение недержания мочи в условиях СКП доказало свою безопасность и высокую эффективность, соответствующую аналогичному вмешательству в условиях круглосуточного стационара. Анализ экономической эффективности показывает, что оказание медицинской помощи в условиях СКП является более целесообразным с финансовой точки зрения, соответствует современным подходам к управлению ресурсами в здравоохранении и способствует расширению доступа населения к медицинским услугам. Такой подход может быть успешно применен в многопрофильных клиниках.

## **ВЫВОДЫ**

1. Произведена оценка безопасности (осложнения не выше II степени по классификации Клавье́на – Диндо) и эффективности (92% и 94% по результатам осмотра в гинекологическом кресле в основной и контрольной группе соответственно) выполнения субуретральной петлевой пластики в условиях стационара кратковременного пребывания (СКП).

2. Разработан и стандартизирован алгоритм хирургического лечения пациенток, страдающих стрессовой формой недержания мочи в условиях СКП.

3. Оценка психологического статуса выявила положительное влияние хирургического лечения недержания мочи на пациенток с наиболее выраженной динамикой в группе СКП согласно опроснику HADS (тревога и депрессия): 12 и 13 баллов до лечения и 5 и 7 баллов после него в основной и контрольной группе соответственно; по опроснику качества жизни ВВQ, 59 и 64 балла до вмешательства и 74 и 64 балла после него в 1 и 2 группах соответственно; по SF-36, сумма баллов составила 49,16 и 49,72 до и 50,95 против 47,3 после лечения (физический компонент) и 48,18 и 47,71 до лечения и 57,2 и 51,7 (психический компонент) после него в группе СКП и круглосуточного стационара соответственно,  $p > 0,05$ .

4. Затраты на выполнение субуретральной петлевой пластики в условиях СКП составили 78 144,27 руб., аналогичное вмешательство в условиях круглосуточного стационара – 88 211,27 руб. Экономия стоимости лечения составила 11,41%. Согласно проведенным расчетам, лечение в условиях СКП экономически оправдано, что соответствует адекватному уровню управления ресурсами.

### **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. Для осуществления эффективного лечения стрессового недержания мочи в условиях СКП целесообразно ограничить отбор пациентов следующими критериями: возраст до 70 лет, индекс массы тела до 35, неотягощенный соматический анамнез, отсутствие ранее выполненных вмешательств по поводу инконтиненции.

2. Организация лечения должна включать этап домашней подготовки, особенностью анестезиологического пособия является использование внутривенной анальгезии, сроки послеоперационного наблюдения должны составлять около четырех часов и включать оценку общесоматического и психического статуса, а также определение остаточной мочи и удаление влагалищного тампона. В случае необходимости наблюдение за пациенткой может быть продолжено в условиях круглосуточного стационара.

3. Разработанный порядок маршрутизации пациенток в условиях СКП позволяет эффективно и безопасно проводить хирургическое лечение недержания мочи. Распространение данного метода дает возможность стандартизировать лечение инконтиненции на другие лечебные учреждения.

4. Перераспределение больных в СКП позволит более эффективно использовать денежные средства, выделяемые учреждениям здравоохранения, для лечения конкретной нозологии. Пациенток следует ориентировать на прохождение лечения в условиях СКП.

5. Использование валидизированных опросников позволит объективно оценить изменения уровня тревоги и депрессии, а также качества жизни у пациенток до пройденного лечения и после него.

## **СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ**

1. **Сазонова Н.А.** Недержание мочи у женщин и его влияние на качество жизни / Н.А. Сазонова, М.Г. Киселева, З.К. Гаджиева, М.Ю. Гвоздев // **Урология**. 2022. № 2. С. 136–139. DOI: <https://dx.doi.org/10.18565/urology.2022.2.136-139>. [Scopus].

2. **Сазонова Н.А.** Организация лечения недержания мочи у женщин в условиях стационара кратковременного пребывания / Н.А. Сазонова, М.Ю. Гвоздев, Л.А. Ходырева, А.В. Садченко, К.В. Кумачев // **Проблемы стандартизации в здравоохранении**. 2022. № 9-10. С. 9–15. DOI: 10.26347/1607-2502202209-10009-015

3. **Сазонова Н.А.** Лечение недержания мочи в условиях стационара кратковременного пребывания / М.Ю. Гвоздев, Н.А. Сазонова, А.В. Садченко // Сборник тезисов XXII Конгресса РОУ. Москва, 14–17 сентября 2022 г. С. 255–256.

4. **Сазонова Н.А.** Экономическая эффективность лечения недержания мочи в условиях стационара кратковременного пребывания (СКП) / Н.А. Сазонова, О.Р. Алиев, Л.А. Ходырева, М.Ю. Гвоздев // IV Научно-методический форум

организаторов здравоохранения: сборник тезисов. Москва, 6–8 декабря 2022 г. С. 148–149.

5. **Сазонова Н.А.** Экономическая эффективность лечения недержания мочи в условиях стационара кратковременного пребывания / Н.А. Сазонова, М.Ю. Гвоздев, А.В. Садченко, Д.Ю. Пушкарь // **Экспериментальная и клиническая урология.** 2024. № 17 (3). С. 10–14. DOI: <https://doi.org/10.29188/2222-8543-2024-17-3-10-14>

6. **Сазонова Н.А.** Психологические аспекты хирургического лечения стрессового недержания мочи у женщин / Н.А. Сазонова, М.Г. Киселева, М.Ю. Гвоздев, Ю.В. Красавцева // **Урология.** 2024. № 4. С. 35–40. DOI: <https://dx.doi.org/10.18565/urology.2024.4.35-40>. [Scopus].

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

СКП – стационар кратковременного пребывания

СНМ – стрессовое недержание мочи

BBQ – Brunnsviken brief quality of life scale, краткая шкала качества жизни Бруннсвикена

HADS – hospital anxiety and depression scale, госпитальная шкала тревоги и депрессии

SF-36 – short form-36, неспецифический опросник качества жизни