

УДК: 614:311

СТРУКТУРА ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ПРИЕМА УРОЛОГА*Кульчавеня Е.В.^{1,2}, Шевченко С.Ю.^{2,3}, Зулин Я.В.³*¹ФГБУ Новосибирский НИИ туберкулеза Минздрава России, г.Новосибирск²ГБОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет
Минздрава России, г.Новосибирск³ГБУЗ НСО «Городская поликлиника № 26», г.Новосибирск
Адрес: 630040, г.Новосибирск, ул.Охотская, 81а тел. (383)2037989
Эл.почта: urotub@yandex.ru

В статье проведен анализ структуры амбулаторного приема на примере урологического кабинета городской поликлиники №26 г.Новосибирска. Выявлено явное преобладание воспалительных заболеваний мочеполовой системы, доброкачественной гиперплазии предстательной железы и мочекаменной болезни. Этой группе заболеваний должно быть уделено должное внимание при диспансеризации населения.

Ключевые слова: структура поликлинического приема, урологический кабинет

STRUCTURE UROLOGICAL OUTPATIENT RECEPTION*Kulchavenya E.V.^{1,2}, Shevchenko S.Y.^{2,3}, Zulin Y.V.³*¹Novosibirsk Research Institute of Tuberculosis, Novosibirsk²Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk³City polyclinic №26, Novosibirsk

This article analyzes the structure of the example receiving outpatient urological Cabinet city polyclinic №26 Novosibirsk. Revealed a clear predominance of inflammatory diseases of the genitourinary system, benign prostatic hyperplasia and urolithiasis. This group of diseases should be given due attention in the medical examination of the population.

Key words: structure outpatient reception, urological account

ВВЕДЕНИЕ

Многочисленные реформы здравоохранения, вопреки ожиданию, затруднили получение пациентом специализированной медицинской помощи. Несвоевременная диагностика удорожает лечению и способствует развитию осложнений.

В общей структуре заболеваемости населения Российской Федерации болезни мочеполовой системы к концу 90-х годов составили 7-10% [1]. В связи

с нередко неожиданным началом, острым течением, ярко выраженной симптоматикой, инфекции мочевых путей (ИМП) представляют для больных серьезные неудобства. Это приводит к резкому нарушению нормального ритма жизни, социальной адаптации, снижению физической и психической активности, работоспособности, ограничению свободы передвижений, невозможности посещения работы и учебных заведений в течение нескольких дней,

что является важной социально-экономической проблемой.

Только в одном регионе России инфекции мочевыводящих путей обуславливают 34313 дней нетрудоспособности [2]. Хронический цистит часто приводит к временной нетрудоспособности, а реабилитация требует дополнительных бюджетных ассигнований.

В России провести оценку экономических потерь при ИМП не представляется возможным из-за неполного объема статистических данных. В последнее десятилетие в России на фоне сексуальной революции, в сочетании с низкой санитарной культурой наблюдается всплеск заболеваемости ИМП ассоциированной с инфекциями передаваемыми половым путем среди молодого населения. Частота выявления ИМП среди населения значительно зависит от уровня его жизни, общей медицинской грамотности, доступности медицинских услуг и лекарственных средств.

Особое место в структуре урогенитальных инфекций занимает туберкулез мочевой системы, который стоит на первом месте среди внелегочных локализаций. В 2008 году в Сибири и на Дальнем Востоке среди 35442 заболевших туберкулезом изолированное поражение мочеполовой системы (без учета гинекологического туберкулеза) отмечалось у 217 больных, хотя генерализованные формы встречались во много раз чаще [1]. Следует отметить, что частота ошибок при диагностике и так-

тике ведения данной патологии по-прежнему остается высокой. Основные причины ошибок – отсутствие настороженности у врачей амбулаторного звена, незнание особенностей клинического течения, в связи с этим неправильная интерпретация как симптомов болезни, так и лабораторно-инструментальных исследований, патоморфоз клинических проявлений заболевания (отсутствие ярких, манифестных форм, неспецифичный характер течения) на фоне широкого использования антибактериальной терапии препаратами, обладающими туберкулоостатическим действием (фторхинолоны, рифампицин, стрептомицин, тетрациклины).

Именно эти причины заставили нас обратиться к изучению структуры поликлинического приема врача уролога, акцентируя особое внимание на инфекциях мочевыводящей системы.

Целью настоящего исследования было изучить структуру амбулаторного приема на примере урологического кабинета ГБУЗ НСО «Городская поликлиника №26» г.Новосибирска.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Был проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт и данных статистических талонов по урологическому профилю 3544 больных за 10 месяцев (2012-2013 гг.) на базе ГБУЗ НСО «Городская поликлиника №26», расположенной в Ленинском районе г.Новосибирска. Общая численность обслужи-

ваемого населения составляет 78113 человек. В учреждении работают 2 врача - уролога. Среднее количество пациентов на приеме – 24 человека.

Необходимо отметить, что в представленном исследовании анализ учета заболеваемости осуществлялся по доминирующему на момент обращения диагнозу. Сопутствующие урологические заболевания не включались в исследование. Таким образом, была отображена структура заболеваемости с учетом основной причины обращения пациента в поликлинику.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

За 10 месяцев (2012-2013 гг.) работы урологического кабинета было зарегистрировано 3544 обращений пациентов. Среди них воспалительные заболевания мочеполовой системы (n=1519) – 42,9%; доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) (n=960) – 27,1%; мочекаменная болезнь (МКБ) (n=605) – 17,1%. Остальные нозологические формы (кисты почек, доброкачественные новообразования почек, нефроптоз и др.) занимали 12,9%. Схематично структура выявленных заболеваний представлена на рисунке 1.

Среди всех воспалительных заболеваний мочеполовой системы 60,9% (n=925) занимал хронический пиелонефрит, из которых в 3% случаев заболевание было впервые выявлено. Заболеваемость женщин хроническим пиелонефритом практически в четыре раза

превышает показатели у мужчин (79,7% и 20,3% соответственно). Если у лиц мужского пола отмечалось относительно равномерное распределение заболевания во всех возрастных категориях, то у женщин хронический пиелонефрит наиболее часто встречался в возрасте 20-30 лет (36,4%), а также у лиц старшего возраста (43%).



Рис. 1. Структура обращения пациентов по нозологиям за 10 месяцев

Острый пиелонефрит был зарегистрирован в 1,6% случаев (n=25). Из них 52% (n=13) приходились на женщин в возрасте от 20 до 39 лет, 12% (n=3) занимали мужчины 50-59 лет.

Циститы, с учетом анатомических особенностей строения уретры, характерны, главным образом, для лиц женского пола. В нашем исследовании острый цистит был диагностирован у 7,5% (n=114), хронический – 20,6% (n=313), из которых в 6,6% случаев заболевание было выявлено впервые. Наибольшая частота острого цистита отмечена в возрастных категориях 20-29 лет (n= 47; 41,2%) и 30-39 лет (n=19; 16,7%). Хронический цистит наиболее часто выяв-

лялся у лиц старше 60 лет (n=144; 46%), а также в возрасте 20-29 лет (n= 65; 20,8%).

Острый и хронический простатиты (n=92) в структуре воспалительных заболеваний мочеполовой системы занимали 0,3% (n=4) и 5,8% (n=88) соответственно, из которых в 4,5% случаев заболевание было впервые выявлено. Острый простатит чаще всего диагностировался у молодых мужчин (75% у лиц моложе 40 лет). Хронический простатит был наиболее распространен в возрастных категориях младше 50-ти лет. Из них 36,4% (n=32) приходился на 20-29 лет, 25% (n=22) на 40-49 лет, а 23,9% (n=21) на 30-39-летний возраст.

Воспалительными заболеваниями полового члена, яичек, придатков яичек страдали 2,8% (n=43) пациентов. Орхит/эпидидимит диагностировался у лиц 20-59 лет примерно с одинаковой частотой (20-29-летние пациенты встречались в 26% (n=7), 30-39 – летние в 26% (n=7), 40-49 – летние в 22% (n=6), 50-59-летние в 26% (n=7) случаев). Баланопостит в основном был представлен возрастными группами 40-49 лет (n=5; 31,2%) и 60-69 лет (n=5; 31,2%). В 25% случаев диагноз установлен у лиц младше 20 лет.

В структуре невоспалительных заболеваний мочеполовой системы преобладали ДГПЖ и МКБ. ДГПЖ (n=960) занимала 27,1% , мочекаменная болезнь (n=605) 17,1% среди всех нозологий урологического профиля.

Заболеваемость МКБ (n=605) у женщин в 3 раза превышала показатели у мужчин (66,1% и 33,9% соответственно). Наиболее часто МКБ у женщин встречалась в возрасте 50-69 лет (n=160; 26,4%) и старше 70 лет (n=119; 19,7%). У мужчин пик заболевания был характерен для возрастных категорий 50-69 лет (n=90; 14,9%). В 13,3% случаев (n=81) МКБ диагностировалась в возрасте до 50 лет, а у пожилых людей старше 70 выявлялась в 5,6% случаев (n=34).

ДГПЖ преимущественно встречалась у мужчин старше 50 лет. Из них 56,2% (n=540) это лица старше 70 лет, а в 25% случаев (n=240) заболевание выявлялось в 60-69-летнем возрасте.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, анализ амбулаторного приема за 10 месяцев работы в одном лечебном учреждении выявил явное преобладание воспалительных заболеваний мочеполовой системы, доброкачественной гиперплазии предстательной железы и мочекаменной болезни. Поэтому, этой группе заболеваний должно быть уделено должное внимание при диспансеризации населения.

Надо думать, что анализ работы нескольких урологических приемов г.Новосибирска позволит выявить более достоверную картину урологической заболеваемости и позволит наметить конкретные меры профилактики.

— ✦ —

ЛИТЕРАТУРА

1. Кульчавеня, Е.В. Новые тенденции в эпидемической ситуации по туберкулезу мочеполовой системы / Е.В. Кульчавеня // Урология сегодня. – 2013. №3. – С.10.
2. Лопаткин, Н.А. Урология :учеб. для вузов / Н.А. Лопаткин, А.Г. Пугачев, О.И. Аполихин – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2004. – 520 с.

– ✦ –