

УДК 616.65-007.61-082.614.2

ОСОБЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ЭТАПЕ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Ф.А. Севрюков¹, О.Ю. Малинина¹, Ю.А. Елина²,

¹НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Горький» ОАО РЖД, г. Н. Новгород,

²МЛПУ «Городская больница № 1», г. Арзамас

Севрюков Федор Анатольевич – e-mail: fedor_sevryukov@mail.ru

В статье рассмотрены вопросы медицинской активности пациентов с доброкачественной дисплазией предстательной железы, представлена возрастная структура данной группы мужчин, даны основные особенности оказания амбулаторно-поликлинической помощи.

Ключевые слова: доброкачественная дисплазия предстательной железы, амбулаторно-поликлиническая помощь, обращаемость за медицинской помощью.

Questions of medical activity in patients with benign prostatic dysplasia reviewed in the article, the age structure of the group of men is presented, the main features of the provision of outpatient care given.

Key words: benign prostatic dysplasia, outpatient care, medical aid appealability.

Введение

Крайне активный рост числа урологических заболеваний, обусловленный комплексом разнообразных факторов, носит возрастной характер, т. е. они возникают в процессе жизни и достигают пика в определенном возрасте. К таким заболеваниям относится и доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ). По данным исследований, проведенных в США, клинические признаки ДГПЖ обнаруживаются у 14% мужчин в возрасте от 40 до 49 лет, более чем у 24% мужчин от 50 до 59 лет, у 43% от 60 до 69 лет, у 40% от 70 до 79 лет и у 90% мужчин старше 80 лет. Аналогичные статистические данные, характеризующие эпидемиологическую ситуацию в нашей стране, отсутствуют. Если перенести вышеуказанную статистику на население России (что, безусловно, требует существенной корректировки с учетом различий в эпидемиологическом состоянии каждой из стран), то приблизительный расчёт демографических данных показывает, что в нашей стране таких больных

могло быть: в возрасте 40–49 лет – 1,5 млн человек, 50–59 лет – 1,62 млн, 60–69 лет – 1,49 млн, 70–79 лет – 0,7 млн, 80 лет и старше – 0,8 млн человек [1, 2].

Таким образом, можно предположить, что больных только с клиническими проявлениями ДГПЖ в нашей стране было приблизительно 6,1 млн. Вместе с тем, по сведениям Госкомстата, в 2006 г. заболевания предстательной железы (без учета злокачественных новообразований) зарегистрированы в учреждениях здравоохранения у 409 245 больных. Сопоставление вышеприведенных данных свидетельствует о недостаточной выявляемости этой категории пациентов в России [3].

В связи с этим важную роль играет правильная организация диагностического и лечебного процессов на различных этапах ведения пациента с данной патологией. Следует отметить, что при проведении массовых обследований населения наиболее перспективной является донозологическая диагностика, когда определяемые изменения адаптационных

возможностей организма еще обратимы. Выявление пациентов с ДГПЖ по обращаемости носит ограниченный характер, так как больные зачастую обращаются за помощью при уже выраженных симптомах и запущенном процессе предстательной железы. Поэтому большое значение в настоящее время придается раннему выявлению заболеваемости ДГПЖ [4].

Цель исследования: изучить медицинскую активность пациентов с ДГПЖ и выявить особенности оказания им амбулаторно-поликлинической помощи.

Материалы и методы

Было проведено анкетирование 120 мужчин старше 50 лет с использованием специально разработанного экспресс-опросника, кроме того, нами более подробно были изучены некоторые аспекты обращаемости пациентов в амбулаторно-поликлинические учреждения, которые занимают ведущее место при лечении больных с ДГПЖ.

Результаты и их обсуждение

В результате было установлено, что число лиц мужского пола с начальными симптомами ДГПЖ составляет 44,6 на 1000 человек. Заболеваемость же по данным обращаемости по поводу ДГПЖ в течение года в среднем составляет 20,3 на 1000 мужчин. Распространенность данного заболевания, естественно, с увеличением возраста прогрессивно растет: с 4,8% в возрасте до 40 лет до 40,3% в возрасте 75 лет и старше.

Абсолютное большинство респондентов (93,1%) в своих анкетах указали, что они получали амбулаторное лечение, в том числе 76,9% – в поликлинике по месту жительства и 16,2% – в других амбулаторных учреждениях. В то же время 6,9% заявили, что они амбулаторно не лечились. Речь идет о больных, которые либо впервые обратились за помощью к урологам поликлиники, либо о больных, имевших оперативное лечение, которые в поликлинике у уролога находятся лишь под наблюдением врача, не получая активной терапии по поводу ДГПЖ или ее осложнения.

Доля больных, указавших на отсутствие амбулаторного лечения, больше всего (12,0%) в группе респондентов старческого возраста, а в других возрастных группах она несколько меньше: 6,7% у лиц трудоспособного возраста и 5,5% – среди больных пожилого возраста.

Кроме того, доля лиц, получавших амбулаторное лечение, заметно отличается среди респондентов, состоящих под диспансерным наблюдением и не состоящих под таким наблюдением. В первой группе абсолютно все 100% указали на то, что они получали амбулаторное лечение, а во второй группе таких мужчин оказалось только 83,3%.

Вообще диспансерный метод наблюдения больных показал свою высокую эффективность при хронических, длительно протекающих заболеваниях, имеющих склонность к осложнениям, каковым и является ДГПЖ. Таким образом, всех больных ДГПЖ следовало бы поставить под диспансерное наблюдение. Однако, из общего числа опрошенных только 1/2 (50,0%) уверенно заявили, что они находятся под диспансерным наблюдением по поводу ДГПЖ, еще 36,1% не могли ответить на этот вопрос, а 13,9% на этот вопрос ответили отрицательно.

Из общего числа обращений в течение года (случаев поликлинического обслуживания) абсолютное большин-

ство (88,6%) приходится на регистрацию хронических заболеваний ДГПЖ (43,6%) и обострение хронических заболеваний (45,0%), а впервые выявленные болезни составили заметно меньшую долю (11,4%). В разных возрастных группах соотношение уже известных, а тем более в стадии обострения заболеваний и впервые зарегистрированных подтверждено весьма заметным колебанием.

Следует признать, что своевременность выявления пациентов с ДГПЖ не носит такой актуальный характер, как при злокачественных заболеваниях, инфекционных болезнях, заболеваниях, требующих неотложной помощи. Однако, медикаментозная терапия многими современными средствами более эффективна при начальных стадиях заболевания, когда еще не нарушена уродинамика верхних мочевых путей.

Из общего числа пациентов 35,1% лиц симптомы заболевания заметили более 2 лет назад, а еще 26,7% не помнят, когда появились первые симптомы ДГПЖ. Кстати, средний возраст у первой группы больных составляет $69,43 \pm 0,47$ года, а у вторых – $71,86 \pm 0,75$ года. Различия средних статистически достоверно: $t = 2,76$, $p < 0,05$. Более 1/3 пациентов (38,2%) считают, что длительность их заболевания не превышает 2 лет, в том числе 13,8% полагают, что заметили симптомы 1–2 года тому назад, еще 16,8% – от 1/2 года до года, а 7,6% – менее полугода. Естественно, с увеличением возраста растет и длительность заболевания. Очевидно, что ДГПЖ развивается определенное время незаметно, и больные, естественно, не могут достаточно точно определить начало заболевания.

Большой интерес представляют причины несвоевременного обращения больных ДГПЖ к врачам-урологам. Одной из ведущих причин несвоевременного обращения больных за медицинской помощью является то, что 32,5% таких больных считали появившиеся симптомы характерными для возраста. Еще одним свидетельством относительно невысокого санитарно-культурного уровня таких больных является то, что каждый 4-й больной ДГПЖ (25,3%) не знал, к какому врачу обращаться. Наконец, у заметной доли больных (31,5%) причиной несвоевременного обращения за медицинской помощью является маловыраженная вначале симптоматика.

Выводы

Таким образом, медицинская помощь на амбулаторно-поликлиническом этапе ведения пациентов с ДГПЖ, на наш взгляд, должна быть организована следующим образом: уровень 1: неспециализированная урологическая помощь, этап А (сельский врач, врач общей практики, семейный врач, фельдшер): выявление пациентов с нарушениями мочеиспускания, ведение медицинской документации (карточки, опросники), уход за больными с цистостомой, нефростомой, уретеростомой (специальные навыки не требуются), своевременное направление пациента к хирургу поликлиники; уровень 1: неспециализированная урологическая помощь, этап Б (хирург районной поликлиники, хирург районной больницы): интерпретация данных, полученных при объективном осмотре, лабораторных и инструментальных исследованиях, дифференциальная диагностика ДГПЖ, владение техникой цистостомии (открытой и троакарной) и катетеризации мочевого пузыря, послеоперационное наблюдение; уровень 2: первичная специализированная

урологическая помощь (уролог районной поликлиники): выполнение ультразвукового исследования почек, мочевого пузыря и трансректальное ультразвуковое исследование предстательной железы, интерпретация данных уродинамических исследований, взятие секрета простаты для анализа, умение провести катетеризацию мочевого пузыря, выполнение троакарной эпицистостомии, трансректальная пункционная биопсия предстательной железы под УЗИ-контролем, диагностика и дифференциальная диагностика ДГПЖ, показания и противопоказания ко всем современным видам лечения заболевания.



ЛИТЕРАТУРА

1. Garraway W.M., Collins G.N., Lee R.J. High prevalence of benign prostatic hypertrophy in the community. *Lancet*. 1991. Vol. 338. № 8765. P. 469-471.
2. Лопаткин Н.А., Зиборова И.В., Сивков А.В., Аполихин О.И. Экономические вопросы лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы. *Урология и нефрология*. 1999. № 1. С. 22-25.
3. Гориловский Л.М., Лазебник Л.Б., Сбоева С.Г., Кайсаров Д.Е. Клинико-экономические вопросы лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы в условиях г. Москвы. *Проблемы стандартизации в здравоохранении*. 2000. № 4. С. 24-31.
4. De la Rosette J., Perachmo M., Thomas D., Madersbacher S., Desgrandchamps F., Alvizatos G., de Wildt M. J. A. M. Рекомендации по диагностике и лечению доброкачественной гиперплазии предстательной железы: Пер. с англ. *Урология*. 2003. № 5. С. 1-71.