

СОСТОЯНИЕ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ДГПЖ В УРОЛОГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

В.В.Кузнецов

КУ «Городская больница № 1», г. Севастополь

Изучение заболеваний госпитализированных больных имеет большое значение для науки и практической медицины, тем более на этапах оптимизации отрасли с целью повышения эффективности, в том числе специализированной помощи. Особый интерес, с этой точки зрения, представляет хирургическая служба, к которой относится урология. Регистрируемый рост заболеваемости по классу болезней мочеполовой системы указывает на актуальность выявления тенденций здоровья населения и составления прогнозов, необходимых для планирования ресурсов, объемов медицинской помощи, совершенствования деятельности урологической службы [1–4]. Такой подход позволяет сосредоточить внимание на качестве профильной помощи, при этом более эффективно используя знания, приобретенный опыт и возможности лечебно-профилактического учреждения.

Всесторонний анализ состава больных урологических отделений, хирургической активности, видов помощи при определенных заболеваниях и структуры осложнений дает возможность оценить не только качество оказываемых услуг, но и судить об уровне амбулаторной помощи, состоянии профилактической и диспансерной работы.

Количественный и качественный анализ заболеваний госпитализированных больных позволяет стратифицировать больных на группы по социальному статусу, нозологическим формам, оперативным вмешательствам и другим признакам. Такая информация представляет основу для дифференцированного и персонифицированного подхода к оказанию специализированной помощи, разработке реальных мероприятий по ее совершенствованию [6, 10–11].

В этой связи, прежде всего, следует обратить внимание на заболевания, которые занимают ведущее место в урологических отделениях. Поэтому, обоснованным и логичным является установление доли больных с доброкачествен-

ной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ), учитывая, что рост заболеваемости отмечается по всей территории Украины, а также имеются тенденции в изменении спектра оперативных вмешательств и лечебной тактики за счет совершенствования, расширения консервативной терапии [5]. Аденома простаты – наиболее часто встречающееся заболевание пожилых мужчин. Социальную значимость и актуальность этой проблемы подчеркивают демографические исследования ВОЗ [6].

Учитывая широкое внедрение в клиническую практику новых технологий, важными и интересными являются данные о динамике видов оперативных вмешательств по поводу ДГПЖ и соответственно структуры послеоперационных осложнений [8–9]. Учет и анализ этой информации способствует повышению эффективности и безопасности лечения больных с ДГПЖ, снижению уровня интра- и послеоперационного риска осложнений, сокращения их числа.

Вышеизложенное определило цель исследования: выявить резервы улучшения качества урологической помощи больным с ДГПЖ на основе изучения особенностей их госпитализации, видов помощи и осложнений.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проведено на базе урологического отделения КУ «Городская больница №1» г. Севастополь. Выбор типа лечебного учреждения обусловлен тем, что большинство больных урологического профиля именно здесь получают специализированную помощь. Это типичное городское отделение, с обычным потоком больных, со своими трудностями и проблемами. В таких подразделениях сосредоточена большая часть коечного фонда – 54%, тогда как в областных – 18,6%, а в центральных районных больницах – 24,6% [5].

Период изучения соответствующих показателей составил 2008–2012 гг., что достаточно для выявления тенденций и особенностей. Более того, для уточнения интенсивности изменений изучаемых явлений при необходимости проводился сравнительный анализ с данными за предыдущие 5 лет, которые были нами опубликованы [8].

Первичными документами были: история болезни (ф. 003/о), карта выбывшего из стационара (ф. № 066), журнал оперативных вмешательств.

Динамика анализируемых данных оценивалась комплексно с помощью следующей системы показателей: уровень – абсолютные, относительные, средние числа, которые характеризуют сравниваемые явления во времени; прирост (уменьшение); темп прироста или снижения –

отношение прироста или снижения каждого следующего числа к уровню предыдущего; абсолютное значение одного процента прироста или значения; коэффициент наглядности.

Для оценки значимости изменений двух статистических коэффициентов рассчитывали критерий Стьюдента.

В работе использовались: клинико-статистический, квантометрический и аналитико-синтетический анализы.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Для общего представления о количестве больных, которые лечатся в урологическом отделении и динамике их возрастной категории, проанализируем данные табл. 1, в которой приведена соответствующая информация за 5 лет.

Таблица 1

Динамика госпитализированных больных

Годы	Количество госпитализированных больных	Т п/з	Коэффициент наглядности	В том числе						Р
				трудоспособные			нетрудоспособные			
				абс. число	%	т	абс. число	%	т	
2008	2145	1	100	1357	63,3	1,3	788	36,7	1,7	<0,001
2009	1964	-8,4	92	1199	61,0	1,4	765	39,0	1,7	<0,001
2010	1995	+1,6	93	1201	60,2	1,4	809	39,8	1,7	<0,001
2011	2013	+1,0	94	1194	59,3	1,4	819	40,7	1,7	<0,001
2012	2117	+5,2	99	1299	61,4	1,3	818	38,6	1,7	<0,001

Материалы табл. 1 не позволяют выявить стойких изменений. Колебания темпа прироста (уменьшения) госпитализированных пребывает в границах от (-8,4%) до (+5,2%), что не превышает 10%-ного рубежа и расценивается как стабильный процесс. Это подтверждает и коэффициент наглядности.

Большая часть пациентов в урологическом стационаре пребывает в трудоспособном возрасте. Их удельный вес по годам наблюдения составляет 59–63% от поступивших.

В соответствии с целью исследования представим динамику причин госпитализации, а среди них выделим основные (табл. 2). Это поможет в последующем более детально изучить эту категорию больных с тем, чтобы оценить уровень оказываемой помощи, найти возможные пути улучшения ее качества. Как видно из ее данных, на протяжении последних пяти лет (2008–2012) ДГПЖ стабильно находится на четвертом месте среди госпитализированных и на ее долю приходится 7,7–9,8%. Первое место в структуре продолжает занимать мочекаменная болезнь (МКБ). Практически половина стацио-

нарных больных (49–54%) лечится с этой патологией. Второе место стабильно принадлежит пациентам с неспецифическими воспалительными заболеваниями мочеполовой системы (МПС); их процент в структуре составляет 10–13,6%. Онкоурологическая патология находится на третьем месте: 8–12%. Приведенные показатели остаются также стабильными на протяжении всего пятилетнего периода.

Таким образом, определились основные группы больных, которым принадлежит 85,5% госпитализированных. Интерес представляют данные сравнительного анализа с теми, которые получены и опубликованы ранее при аналогичном исследовании за предыдущие 5 лет [8]. Перечисленные патологии остаются ведущими среди причин госпитализации, хотя их ранговые места претерпели изменения. Так, ДГПЖ сместилась со второго места на четвертое. Хотя темп прироста госпитализированных больных по годам сохранился (в 2003–2007 гг. соответствовал от -9,4 до +8,6%); и с 2008 по 2012 гг. составил от -8,4% до +5,2%. Сохраняется также и доля хирургической помощи при этой патологии в

Структура госпитализированной заболеваемости

Диагноз	Годы														
	2008			2009			2010			2011			2012		
	абс. число	%	m	абс. число	%	m	абс. число	%	m	абс. число	%	m	абс. число	%	m
Мочекаменная болезнь	1170	54,5	4,6	1025	52,2	1,5	982	49,2	1,6	993	49,3	1,6	1085	51,3	1,5
Неспецифические воспалительные заболевания	291	13,6	2,0	213	10,8	2,1	214	10,7	2,1	249	12,5	2,1	277	13	2,0
ДГПЖ	166	7,7	2,1	171	8,7	2,2	195	9,8	2,1	197	9,8	2,1	189	8,9	2,1
Новообразования	174	8,1	2,1	227	11,5	2,1	235	11,8	2,1	244	12,1	2,1	259	12,3	2,0
Аномалии развития	96	4,5	2,1	62	3,2	2,2	56	2,7	2,7	69	3,4	2,2	76	3,6	2,1
Травмы	43	2,0	2,1	25	1,3	2,3	29	1,5	2,3	19	0,9	2,2	17	0,8	2,2
Здоровые	27	1,3	2,0	29	1,5	2,3	31	1,6	2,3	39	1,9	2,2	25	1,2	2,2
Прочие	178	8,3	2,1	212	10,8	2,1	253	12,7	2,1	203	10,1	2,1	189	8,9	2,1
Всего	2145	100	—	1964	100	—	1995	100	—	2013	100	—	2117	100	—

структуре оперативных вмешательств; она пребывает в пределах $29,4 \pm 3,5\%$ – $31,9 \pm 3,5\%$ ($p > 0,05$) (в 2003–2007 гг. – $16,4\%$ – $31,0\%$). Вместе с тем, оставаясь на высоком уровне показатель хирургической активности уменьшился: с $95,2 \pm 1,7\%$ в 2008 г. до $87,3 \pm 2,6\%$ в 2012 г. ($p < 0,05$). Перечисленные данные имеют много причин. Они касаются социально-экономических аспектов, влияние которых на обращаемость, медицинскую активность очевидны. При оценке медицинского аспекта следует, прежде всего, отметить старение населения и рост заболеваемости ДГПЖ, расширение методов консервативной терапии, низкий уровень профосмотров и диспансеризации. Нельзя оставить без внимания имеющуюся тенденцию к самолечению, что

тесно связано с бесконтрольной медицинской рекламой в средствах массовой информации.

В 2012 году в Украине находилось на диспансерном наблюдении 261,7 человек на 100 тыс. населения (50,7% полноты охвата населения), а по г. Севастополю – 242,4 на 100 тыс. населения, и 48,2% соответственно [5, 7]. Конечно, это вызывает озабоченность и ставит под сомнение качество поликлинической и лечебно-просветительной работы, подчеркивает медико-социальное значение доступности, своевременного предоставления специализированной помощи этой категории больных.

Далее более детально проанализируем характер оперативной помощи при ДГПЖ по годам наблюдения. Данные (рис. 1) свидетель-

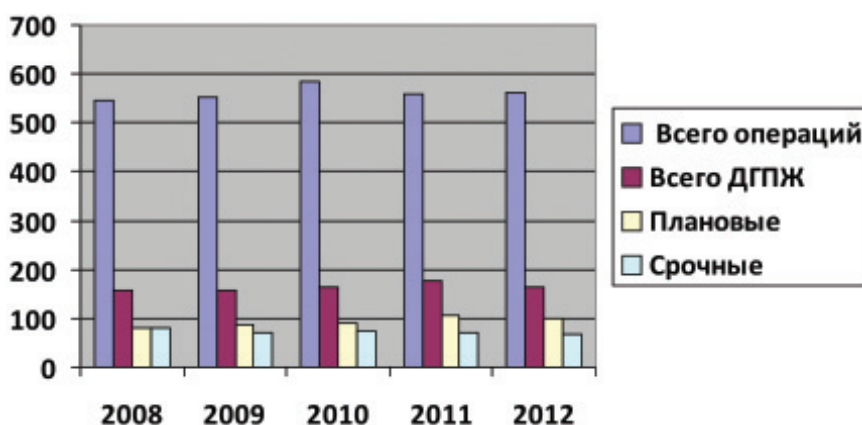


Рис. 1. Динамика прооперированных больных в соотношении с ДГПЖ

ствуют о стабильности их количества – от $28,0 \pm 3,5\%$ до $31,9 \pm 3,5\%$ от общего числа ($p > 0,05$). При достоверном увеличении плановых операций (с $50 \pm 5,6\%$ в 2008 г. до $59 \pm 5,0\%$ в 2012 г.) все же обращает на себя внимание высокий удельный вес пациентов оперируемых в срочном порядке (в 2012 году $40,1 \pm 6,0\%$). При этом создаются неблагоприятные условия, как для пациента, так и для врача, которые способствуют развитию осложнений и приводят к неудовлетворительным результатам. Причиной срочной госпитализации у 45% пациентов является ост-

рая задержка мочи. Это подтверждает не только необходимость проведения действительной целевой диспансеризации и реальных профосмотров мужчин 45–50 лет, но и глубокого обследования при назначении консервативной терапии. Последняя сейчас должна предлагаться с тем, чтобы в последующем иметь возможность выбора рациональной и оптимальной тактики лечения. Тем более что число лиц трудоспособного возраста постоянно растет ($7,5–11,4\%$ в 2002–2007 гг., до $7,6–14,1\%$ в 2008–2012 гг.) (табл. 3) [8].

Таблица 3

Состав прооперированных больных с ДГПЖ

Годы	Количество госпитализированных с ДГПЖ	Из них прооперированно								
		Всего			В том числе					
		абс. число	%	m	Трудоспособного			Нетрудоспособного		
					абс. число	%	m	абс. число	%	m
2008	166	158	95,2	$\pm 1,7$	12	7,6	$\pm 7,6$	146	92,4	$\pm 2,2$
2009	171	157	91,8	$\pm 2,2$	20	12,7	$\pm 7,4$	137	87,3	$\pm 2,9$
2010	195	163	83,6	$\pm 2,9$	23	14,1	$\pm 7,2$	140	85,9	$\pm 2,9$
2011	197	178	90,4	$\pm 2,2$	18	10,1	$\pm 7,0$	160	89,9	$\pm 2,4$
2012	189	165	87,3	$\pm 2,6$	16	9,6	$\pm 6,9$	149	90,4	$\pm 2,5$

Важным показателем качества оказания специализированной помощи, ее организации, считается доля прооперированных больных в аспекте возрастного состава. Что касается пациентов с ДГПЖ, то подавляющее большинство среди лечившихся в стационаре (до 92%) составляют мужчины пенсионного возраста – основные оперативные вмешательства выполняются в интервале от 65 до 79 лет. Так, в 2012 г. на эту категорию пришлось 75,6% всех оперированных пациентов (табл. 4). В таком возрасте пациенты имеют разностороннюю сопутствующую патологию, которая широко представлена заболеваниями сердечно-сосудистой, дыхательной и мочеполовой систем, а также дисметаболический синдром. Это существенно влияет на выбор тактики и лечения.

Проводя анализ хирургической помощи больным с ДГПЖ, структура которой показана в табл. 5, прослеживается неуклонный рост малоинвазивных эндоскопических вмешательств с одновременным снижением паллиативных (эпицистостомия и троакарная эпицистостомия). Так число эпицистостомий снизилось с $40 \pm 3,9\%$ – 2008 г. до $29 \pm 3,5\%$ – 2012 г. ($p < 0,05$). В то же время количество трансуретральных резекций простаты (ТУР) стабильно увеличивается с $33 \pm 3,7\%$ до $49 \pm 3,9\%$ соответственно. Возросло число радикальных оперативных вмешательств с $60 \pm 3,9\%$ до $71 \pm 3,5\%$ ($p < 0,05$).

Вместе с изменением структуры видов оперативных вмешательств, уменьшается количество послеоперационных осложнений (табл. 6).

Как видно из табл. 6 за 5 лет количество осложнений стало достоверно меньше (в 2008 г. – $38,4 \pm 3,6\%$, а в 2012 – $23,6 \pm 3,0\%$ ($p < 0,05$). При этом, что их структура сохраняется на протяжении более 10 лет. На первом месте остаются осложнения инфекционного характера: их доля составила в 2012 г. 12,7%; второе место стабильно занимает гематурия – 9,0 %; третье место принадлежит осложнениям, связанным с рубцовыми (обструктивными) поражениями уретры (стриктуры), – 1,2%.

Особо следует отметить уменьшение летальности: в отделении в 2010 г. показатель составил 0,71%, в 2011 г. не было ни одного случая, а в 2012 – 0,63%; по Украине – 0,67% на 100 операций в 2010 г., 0,55% – в 2011 г., 0,54% – в 2012 г. [5, 7].

Таким образом, результаты исследования позволили выявить особенности оказания помощи больным ДГПЖ. Они касаются возраста пациентов, видов оперативных вмешательств и послеоперационных осложнений, которые произошли в течение последних 5 лет. Обнаружено, что несмотря на рост числа прооперированных больных по поводу ДГПЖ, около 5–14% в разные годы не получили хирургического лечения.

Таблица 4

Распределение прооперированных больных с ДГПЖ по возрасту

Возраст	Года															
	2008			2009			2010			2011			2012			
	Количество больных		Из них проопе- рированно	Количество больных		Из них проопе- рированно	Количество больных		Из них проопе- рированно	Количество больных		Из них проопе- рированно	Количество больных		Из них проопе- рированно	
абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	
45-49	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,5	1	0,6	3	1,8	
50-54	6	3,6	6	3,8	10	5,8	9	5,7	±1,9	5	2,5	4	2,5	7	3,6	
55-59	6	3,6	6	3,8	13	7,6	11	7	±2,0	21	10,8	19	11,7	12	6	
60-64	16	9,6	14	8,9	±2,3	13	7,6	13	8,3	±2,2	22	11,3	21	12,9	±2,6	
65-69	50	30,1	48	30,3	±3,7	34	19,9	31	19,7	±3,2	32	16,4	28	17,1	±2,9	
70-74	39	23,6	37	23,4	±3,4	44	25,8	39	24,9	±3,5	48	24,5	41	25,1	±3,4	
75-79	36	21,7	35	22,2	±3,3	27	15,8	25	15,9	±2,9	36	18,6	29	17,8	±2,9	
80 и больше	13	7,8	12	7,6	±2,1	30	17,5	29	18,5	±3,1	31	15,9	21	12,9	±2,6	
Всего	166	100	158	100	-	171	100	157	100	-	195	100	163	100	197	100

Таблица 5

Структура видов оперативных вмешательств по поводу ДГПЖ

Виды операций	Годы															
	2008			2009			2010			2011			2012			
	Всего		Из них плано- во	Всего		Из них плано- во	Всего		Из них плано- во	Всего		Из них плано- во	Всего		Из них плано- во	
абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	
Эпицистостомия	27	17	7	8,9	20	13	8	10	11	12,2	15	8	11	10,3	12	7
Троакарная эпицистостомия	37	23	2	2,5	43	27	3	23	3	3,3	37	19	1	0,9	36	22
Простатэктомия	43	27	31	39,2	41	26	34	29	29	32,2	48	28	34	31,8	36	22
ТУР предстательной железы	51	33	39	49,4	53	34	41	38	47	52,3	61	45	61	57	81	49
Всего	158	100	79	100	157	100	86	100	163	100	178	100	107	100	165	100

Структура послеоперационных осложнений у больных с ДГПЖ

Осложнения	2008		2009		2010		2011		2012	
	n=158		n=157		n=163		n=178		n=165	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
Инфекционно-воспалительные осложнения (связанные с МВС)										
Инфекции моче-выделительных путей	31	19,6	27	17,2	22	13,5	19	10,6	17	10,3
Нагноение послеоперационной раны	4	2,5	3	1,9	4	2,4	2	1,2	1	0,6
Острый орхоэпидидимит	4	2,5	5	3,1%	6	3,7	2	1,2	3	1,2
Всего	38	24,6±3,6	35	22,3±3,5	32	19,6±3,3	23	12,9±2,8	21	12,7±3,0
Инфекционно-воспалительные осложнения (не связанные с МВС)										
Пневмония	1	0,6	0	0	1	0,6	0	0	0	0
Не инфекционно-воспалительные осложнения										
Макрогематурия	15	10,7	14	8,9	14	8,6	15	8,4	12	7,3
Тампонада мочевого пузыря	0	0	1	0,6	1	0,6	1	0,6	1	0,6
ТУР синдром	0	0	1	0,6	0	0	1	0,6	0	0
Мочевой затек	0	0	1	0,6	0	0	0	0	1	0,6
Недержание мочи	1	0,6	0	0	0	0	0	0	1	0,6
Стриктура уретры	3	1,9	2	1,3	4	2,4	3	1,7	2	1,2
Тромбоземболия легочной артерии	0	0	1	0,6	0	0	1	0,6	0	0
Инфаркт миокарда	0	0	0	0	1	0,6	0	0	0	0
Инсульт	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,6
Всего		38,4±4,0		36,3±3,9		32,4±3,8		24,8±3,5		23,6±3,6

То есть, эти пациенты требуют консервативной терапии и диспансерного наблюдения. Увеличилось число радикальных оперативных вмешательств с $60\pm 3,9\%$ до $71\pm 3,5\%$, ТУР – с $33\pm 3,7\%$ до $49\pm 3,9\%$ соответственно, и одновременно уменьшилось количество паллиативных операций. Это имеет большое медико-социальное и экономическое значение, позволяет сохранить качество жизни указанному контингенту больных.

С внедрением новых медицинских технологий достоверно уменьшается частота осложнений, среди которых продолжают доминировать инфекционно-воспалительные заболевания. Это свидетельствует о востребованности и актуальности вопроса анализа и профилактики инфекционно-воспалительных осложнений.

ВЫВОДЫ

Анализ динамики госпитализируемой заболеваемости и оперативных вмешательств в

урологическом отделении КУ «Городская больница №1» г. Севастополь свидетельствует:

– На протяжении 5 лет (2008–2012) также как и предыдущее пятилетие, количество больных, поступивших в урологическое отделение, остается стабильным. Чаще всего на стационарном лечении находятся пациенты пенсионного возраста. В структуре госпитализированной заболеваемости ДГПЖ разделяет третье место с онкоурологической патологией и находится после мочекаменной болезни и неспецифических воспалительных заболеваний мочеполовой системы; удельный ее вес 8,9% в 2012 г. В структуре оперативных вмешательств доля больных с ДГПЖ составляет 28,9–29,4%. Увеличилось количество плановых оперативных вмешательств с 50% в 2008 г. до 59,4% в 2012 г. Подобная тенденция отмечается для госпитализированных в трудоспособном возрасте 7,6–9,6% по годам наблюдения.

– В структуре оперативных вмешательств по поводу ДГПЖ продолжает возрастать число

ендоскопических вмешательств: количество трансуретральных вмешательств выросло с 27% в 2008 году до 49% в 2012 году; количество открытых операций колеблется с 22% до 29%. Соответственно одновременно уменьшилось число паллиативных операций – с 17% до 7%.

– Послеоперационных осложнений достоверно стало меньше: с $38,4 \pm 4,0\%$ в 2008 году до $23,6 \pm 3,6\%$ в 2012 г. В их структуре первое место удерживают инфекционно-воспалительные, удельный вес которых достоверно уменьшился – с $24,6 \pm 3,6\%$ до $12,7 \pm 3,0\%$, однако остается достаточно высоким, что требует внимания.

Для оптимизации оказания медицинской помощи пациентам, страдающим ДГПЖ, необходимо систематически проводить динамический анализ заболеваемости и оперативной активно-

сти. Это будет способствовать выявлению актуальных вопросов, недостатков и таким образом возможно изменение ситуации за счет организации реальных обоснованных мероприятий. Важным направлением в оказании урологической помощи следует считать повышение доступности специализированной помощи, рост ее высокотехнологичности и качества на фоне ранней выявляемости патологии и укрепления первичного звена. Необходимо обратить внимание на недопустимость самолечения, которое сейчас достаточно распространено в силу бесконтрольной рекламы медицинских препаратов. Это тоже является одной из причин обращения пациентов на поздних и запущенных стадиях заболевания, повышает количество осложненных случаев, что, в свою очередь, вызывает дополнительное увеличение материальных затрат на лечение.

Список литературы

1. Возіанов С.О. Передміхурова залоза та її доброякісна гіперплазія / С.О. Возіанов, М.Р. Гжегоцький, О.В. Шуляк, Ю.С. Петришин (та ін.). – Львів, 2004. – 343 с.
2. Урологія. Діючі протоколи надання медичної допомоги / За редакцією Пасечнікова С.П. – К., 2011.
3. Возіанов А.Ф., Пасечников С.П., Клименко Я.Н., Грицай С.В. Открытая простатэктомия в хирургическом лечении доброкачественной гиперплазии предстательной железы // Здоровье мужчины. – 2008. – № 1. – С. 196–199.
4. Шуляк О.В. Доброякісна гіперплазія передміхурової залози: оптимізація лікування з позиції доказової медицини: Автореф. ... д-ра мед. наук. – К., 2004. – 37 с.
5. Сайдакова Н.О. Основні показники урологічної допомоги в Україні за 2011–2012 роки (відомче видання) / Н.О. Сайдакова, Л.М. Старцева, Н.Г. Кравчук. – К., 2013. – 202 с.
6. Лопаткин Н.А. Урология. Национальное руководство / Под ред. Н.А.Лопаткина. – М., 2009. – С. 852–853.
7. Аполихин О.И., Севрюков Ф.А., Сорокин Д.А. и соавт. Состояние и прогнозы заболеваемости взрослого населения Нижегородской области болезнями мочеполовой системы // Экспериментальная и клиническая урология. – 2012. – № 4. – С. 47.
8. Сайдакова Н.А., Старцева Л.Н., Кузнецов В.В., Грицай В.С. Доброякісна гіперплазія передміхурової залози у структурі госпіталізованої захворюваності та оперативних втручань // Здоровье мужчины. – 2009. – № 1. – С. 172–178.
9. Пасечніков С.П., Сайдакова Н.А., Грицай В.С. Динаміка і концепція розвитку урологічної служби в Україні. Матеріали З'їзду асоціації урологів України. – К., 2010. – С. 7–9.
10. Roehrborn C.G. Standard surgical interventions: TUIP/TURP/OPSU/ Textbook of Benign Prostatic Hyperplasia. Kirby R., McConnell J.D., Fitzpatrick J.M., Roehrborn C.G., Boyle P. – Oxford: ISIS Medical Vedia, 1996. – P. 341–379.
11. Kevin T. McVary, FACS. BPH: Epidemiology and Comorbidities // American Journal of Managed Care. – 2006. – V. 12. – P. 122–128.

Реферат

СТАН ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ З ДГПЗ В УРОЛОГІЧНОМУ СТАЦІОНАРІ МІСЬКОЇ ЛІКАРНІ

В.В.Кузнецов

Проведено аналіз динаміки госпіталізованої захворюваності ДГПЗ в урологічному стаціонарі КЗ «Міська лікарня №1» м. Севастополя за 2008–2012 рр. Кількість хворих за роки спостереження практично стабільна, в межах 160–190 чоловік. Більша частина пацієнтів пенсійного віку, переважно 65–74 роки, однак простежується збільшення кількості осіб працездатного віку (з 8% до 14%). Виявлено збільшення планових операцій: з $50\pm 5,6\%$ у 2008 р. до $59\pm 5,0\%$ у 2012 р. В структурі оперативної допомоги частина хворих з ДГПЗ незмінна – 28,0–31,9% від загальної кількості. Достовірно зменшилась кількість післяопераційних ускладнень з $38,4\pm 4,0\%$ у 2008 р. до $23,6\pm 3,6\%$ у 2012 р. У їх структурі на першому місці інфекційно-запальні, питома вага яких зменшилась у 2 рази (з $24,6\pm 3,6\%$ до $12,7\pm 3,0\%$; $p<0,05$), однак залишається достатньо високою.

Ключові слова: доброякісна гіперплазія передміхурової залози, госпіталізована захворюваність, оперативна активність, післяопераційні ускладнення.

Адреса для листування

Кузнецов Владимир Викторович
99008, г. Севастополь,
ул. Частника, 42
Email: dr_smith@inbox.ru

Summary

THE STATE OF AID RENDERED TO PATIENTS HAVING BPH IN THE UROLOGIC DEPARTMENT OF THE CITY HOSPITAL

V.V.Kuznetsov

There was analyzed the dynamics of the hospitalized BPH morbidity in the Urologic Department of the City Hospital N 1 in Sevastopol for 2008 – 2012. The number of patients by years of monitoring is practically stable and within 160–190 persons. The major part of patients is of the pension age, 65–74 years prevailing. Along with this, we can see the increase of people in the able-bodied period (from 8% to 14%). There was stated the increase in the planned operations: from 50% in 2008 to 59% in 2012. In the structure of the operative aid the BPH part is 28.0–31.9% from the total number. The number of postoperative complications statistically decreased from $38.4\pm 4.0\%$ in 2008 to $23.6\pm 3.6\%$ in 2012. In their structure the first place is retained by infectious inflammatory ones, the proportion of which was twice decreased (from $24.6\pm 3.6\%$ to $12.7\pm 3.0\%$; $p<0.05$), but it is still rather high.

Key words: benign prostatic hyperplasia, hospitalized morbidity, operative activity, postoperative complications.