

ЛИТЕРАТУРА

1. Ariagno, J.I. Computer-aided sperm analysis: a useful tool to evaluate patient's response to varicocelectomy / J.I. Ariagno, G.R. Mendeluk // *Asian J Androl.* – 2016. – Apr, Vol. 22 – doi: 10.4103/1008-682X.
2. Anti-Müllerian hormone in seminal plasma and serum: association with sperm count and sperm motility / J.M. Andersen [et al.] // *Hum Reprod.* – 2016 May 24. – P. 158-160.
3. Barekat, F. A Preliminary Study: N-acetyl-L-cysteine Improves Semen Quality following Varicocelectomy / F. Barekat, M. Tavalae, MR. Deemeh // *Int J Fertil Steril.* – 2016 Apr-Jun. – Vol. 1, № 10. – P. 120-126.
4. The effects of male aging on semen quality, sperm DNA fragmentation and chromosomal abnormalities in an infertile population / S Brahem [et al.] // *Journal of assisted reproduction and genetics.* – 2011. – № 28. – P. 425-432.
5. Cantoro U. Reassessing the role of subclinical varicocele in infertile men with impaired semen quality: a prospective study / U. Cantoro, M. Polito, G. Muzzonigro // *Urology.* – 2015. – Vol. 4, № 85. – P. 826-830.
6. Impact of body mass index, age and varicocele on reproductive hormone profile from elderly men / M. Cocuzza [et al.] // *Int Braz J Urol.* – 2016 Mar-Apr. – Vol. 2, №42. – P. 365-72.
7. Open non-microsurgical, laparoscopic or open microsurgical varicocelectomy for male infertility: a meta-analysis of randomized controlled trials / H. Ding [et al.] // *BJU Int.* – 2012. – Vol.10, № 110. – P. 1536-1542.
8. Deonandan R. Global decline in semen quality: ignoring the developing world introduces selection bias / R. Deonandan, M. Jaleel // *Int J Gen Med.* – 2012. – № 5. – P. 303-306.
9. Eisenberg M.L. Varicocele-induced infertility: Newer insights into its pathophysiology / M.L. Eisenberg, L.I. Lipshultz // *Indian J Urol.* – 2011 Jan-Mar. – Vol.1. – P. 58-64.
10. Karademir I. A rare cause of infertility: intratesticular varicocele associated with ipsilateral extratesticular varicocele / I. Karademir, Z. Demirer, A. Gurağaç // *Andrologia.* – 2016 Mar. – Vol. 2, № 48. – P. 235-237.
11. World Health Organization. WHO Manual for the Standardized Investigation and Diagnosis of the Infertile Couple. – Cambridge University Press: Cambridge, 2015. – 102 p.

УДК 616.6-036.2:314.14(470-25)
© А.Р. Геворкян, 2017

А.Р. Геворкян
**АНАЛИЗ УРОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ
ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ МОСКВЫ ЗА 2006-2015 ГОДЫ**
Филиал № 2 ГБУЗ «Городская поликлиника № 195» ДЗМ, г. Москва

В статье на основании материалов официальной статистической отчетности за 2006-2015 гг. проанализированы тенденции, характерные для урологической заболеваемости взрослого населения г. Москвы, в сравнении с Российской Федерацией. Установлено, что болезни мочеполовой системы (МПС) стабильно занимают третье место в структуре распространенности и четвертое место в структуре заболеваемости взрослого населения г. Москвы.

По данным анализа статистических отчетов амбулаторно-поликлинических учреждений (АПУ) первичная заболеваемость болезнями МПС взрослого населения г. Москвы в 2015 г. по сравнению с 2006 г. снизилась на 33,7%, болезнями почек и мочеочочника – на 16,3%, болезнями предстательной железы – на 48,7%. Однако данная тенденция в динамике урологической заболеваемости не соответствует результатам специальных эпидемиологических исследований и возможно обусловлена неполной регистрацией данных заболеваний и низким уровнем диагностики.

Выявлены существенные недостатки в организации диспансерного наблюдения за больными с урологическими заболеваниями в г. Москве. Установлено, что необходима дальнейшая модернизация статистического учета урологических заболеваний, так как действующая статистическая форма (форма № 12) ограничивает возможности для анализа заболеваемости и распространенности урологических заболеваний отдельных нозологических форм.

Ключевые слова: урологическая заболеваемость, тенденции, взрослое население.

A.R. Gevorkyan
**ANALYSIS OF UROLOGICAL MORBIDITY
AMONG MOSCOW ADULT POPULATION OVER 2006-2015**

This paper analyzes the trends of the urological diseases of the adult population of Moscow, compared with the Russian Federation. The analysis is based on the materials of the official statistical reports for 2006-2015. It is established, that the diseases of the genitourinary system (GUS) consistently hold the third place in the structure of incidence and the fourth place in the adult morbidity structure of the adult population of Moscow.

Analysis of statistical reports of outpatient institutions show, that primary morbidity of GUS diseases among adult population of Moscow in 2015 compared to 2006 decreased by 33,7%, kidney and ureter disease – by 16,3%, prostate disease – by 48,7%. However, this trend in the incidence of urinary tract morbidity does not match the results of special epidemiological studies and may be due to underreporting of these diseases and the low level of diagnosis.

The study revealed significant disadvantages in the organization of follow-up of patients with urological diseases in Moscow. It was established that there is a need for further optimization of statistical recording of urological diseases as valid statistical form (f.№12) offers limited possibilities for the analysis of the incidence and prevalence of urological diseases in the context of individual clinical entities.

Key words: urological morbidity, trends, adult population.

Урологические заболевания являются одной из наиболее важных проблем современной медицины, обусловленных стойкой тенденцией роста числа пациентов с заболеваниями мочеполовой системы как во всем мире, так и в России [3,5,6].

Урологические заболевания оказывают существенное влияние на состояние здоровья общества. Если в 80-90-х гг. XX столетия доля урологических болезней составляла 4-5% в структуре общей заболеваемости, то в настоящее время она увеличилась до 7%. В дей-

ствительности этот показатель еще выше (предположительно около 9%), так как в соответствии с международной классификацией болезней 10-го пересмотра более 30% урологических патологий относятся к другим классам заболеваний [1,3].

Урологические заболевания являются одной из причин снижения качества жизни пациента, повышения инвалидизации и увеличения смертности, что создает в обществе целый ряд проблем социального и экономического характера [1,2,3].

Анализ показателей заболеваемости, в том числе урологической, является необходимым условием достижения высокого уровня здоровья населения, интенсивного развития здравоохранения, контроля за деятельностью лечебно-профилактических учреждений и управления ими [1,4].

Результаты анализа урологической заболеваемости, в том числе в разрезе отдельных нозологических форм урологической патологии, являются важной информационной базой для осуществления планирования и организации урологической помощи в соответствии с современными требованиями управления [1].

Материал и методы

Анализ первичной заболеваемости и распространенности урологических заболеваний осуществлен на основании данных отчетной статистической формы № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации» по г. Москве и Российской Федерации за 2006-2015 годы. С учетом того, что в данной статистической отчетной форме урологические заболевания не выделены в отдельную группу, анализ осуществлялся по классу болезней мочеполовой системы (МПС) в целом, а также в разрезе тех нозологических форм и групп, которые представлены в форме № 12.

Анализ динамики показателей заболеваемости осуществлен за 2006-2015 годы с использованием показателей абсолютного прироста и темпа прироста. Тенденции, присущие динамике показателей заболеваемости, выявлялись на основании выравнивания динамических рядов с использованием метода наименьших квадратов. Статистический анализ материалов исследования произведен с использованием пакета программ Excel Microsoft.

При интерпретации материалов заболеваемости, полученных на основании существующей системы учета и отчетности, учи-

тывали, что данные материалы не отображают истинной заболеваемости и в значительной мере зависят от доступности медицинской помощи и полноты выявления и регистрации случаев заболеваний.

Результаты и обсуждение

При анализе заболеваемости в г. Москве в 2006-2015 гг. установлено, что болезни мочеполовой системы (МПС) стабильно занимали четвертое место в структуре первичной заболеваемости взрослого населения г. Москвы. В 2015 г. их удельный вес составил 7,6%.

В 2015 г. впервые зарегистрировано 3149,2 случая заболеваний мочеполовой системы в расчете на 100000 взрослых жителей г. Москвы. Анализ динамики заболеваемости на протяжении 2006-2015 гг. выявил стабильную тенденцию к ее снижению. Уровень заболеваемости в 2015 г. по сравнению 2006 г. снизился на 1601,5 случая на 100 000 населения старше 18 лет (на 33,7%) (табл. 1). Такая динамика первичной заболеваемости может свидетельствовать об ухудшении выявления данного класса заболеваний и дефектах в организации первичной медико-санитарной помощи населению столицы. Аналогичный вывод можно сделать на основании сопоставления уровней и особенностей динамики заболеваемости по данному классу в г. Москве и Российской Федерации в среднем. Уровень заболеваемости в г. Москве был ниже, чем в целом по стране, на протяжении всего периода наблюдения и снижался на фоне роста показателя в Российской Федерации.

Болезни почек и мочеточника составили 3,8% среди всех впервые выявленных заболеваний мочеполовой системы, зарегистрированных у взрослого населения г. Москвы в 2015 г. Данные заболевания были впервые диагностированы у 120,8 из 100 000 взрослых жителей г. Москвы. На протяжении 2006-2012 годов уровень заболеваемости болезнями почек и мочеточника в г. Москве был в 1,8-1,9 раза ниже, чем в целом по стране. При этом для динамики показателей в г. Москве и Российской Федерации были характерны аналогичные тенденции. До 2012 г. тренд заболеваемости имел нарастающий характер, который начиная с 2013 г. сменился нисходящим. Уровень показателя в г. Москве в 2015 г. был на 16,3% ниже исходного уровня. Причинами таких динамических и пространственных особенностей заболеваемости по данной группе заболеваний может быть неполная регистрация болезней как и по всему классу болезней мочеполовой системы.

Таблица 1

Первичная заболеваемость взрослого населения болезнями мочеполовой системы в Российской Федерации в 2006-2015 гг. (на 100 000 населения в возрасте 18 лет и старше)

Класс, нозологическая форма заболевания	Код МКБ 10	Годы										Абсол. прирост 2015/2006	Темп прироста 2015/2006, %	
		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015			
г. Москва														
Болезни мочеполовой системы	N00-N99	4750,7	4650,9	4607,4	4099,4	3844,1	4044,8	3935,7	3849,7	3606,2	3149,2	-1601,5	-33,7	
Болезни почки и мочеочечника	N00-N15, N25-N28	144,4	143,2	140,9	151,0	144,7	150,1	140,8	134,3	131,4	120,8	-23,6	-16,3	
Мочекаменная болезнь	N20-N21, N23	111,3	111,3	103,0	109,8	104,7	102,3	96,2	98,1	96,3	102,1	-9,2	-8,3	
Болезни предстательной железы*	N40-N42	882,9	763,0	772,8	698,8	638,0	644,0	589,7	546,6	498,7	453,3	-429,6	-48,7	
Мужское бесплодие*	N46	7,2	6,0	5,4	6,7	н/д	н/д	8,4	7,7	9,0	7,3	0,1	1,4	
Российская Федерация														
Болезни мочеполовой системы	N00-N99	5186,0	5155,7	5139,5	5082,6	5059,6	5205,0	5249,7	5294,3	5225,1	4968,5	-217,5	-4,2	
Болезни почки и мочеочечника	N00-N15, N25-N28	259,4	255,9	257,0	265,6	264,3	256,3	252,4	257,9	251,8	250,2	-9,2	-3,5	
Мочекаменная болезнь	N20-N21, N23	164,0	163,0	162,1	166,8	166,4	167,4	173,8	178,1	183,7	182,7	18,7	11,4	
Болезни предстательной железы*	N40-N42	500,0	504,5	529,1	516,1	507,8	514,8	515,8	525,4	517,0	529,4	29,4	5,9	
Мужское бесплодие*	N46	20,8	24,0	27,3	28,5	н/д	н/д	30,6	29,7	27,0	30,3	9,5	45,7	
Болезни мочеполовой системы	N00-N99	5186,0	5155,7	5139,5	5082,6	5059,6	5205,0	5249,7	5294,3	5225,1	4968,5	-217,5	-4,2	

* На 100 000 мужского населения в возрасте 18 лет и старше.

В 2015 году удельный вес мочекаменной болезни среди всех впервые выявленных заболеваний мочеполовой системы составлял 3,2%, а ее уровень – 102,1 новых случаев заболевания на 100 000 взрослого населения столицы. Первичная заболеваемость взрослого населения столицы мочекаменной болезнью снизилась за десять лет на 9,2% (на 8,3

случая на 100000 взрослого населения) (рис. 1), в то время как в целом по стране она возросла на 11,4 %. Разрыв в показателях заболеваемости возрос за счет разнонаправленных тенденций динамики. Так, если в 2006 г. уровень заболеваемости в Российской Федерации превышал московский показатель в 1,5 раза, то в 2015 г. уже в 1,8 раза.

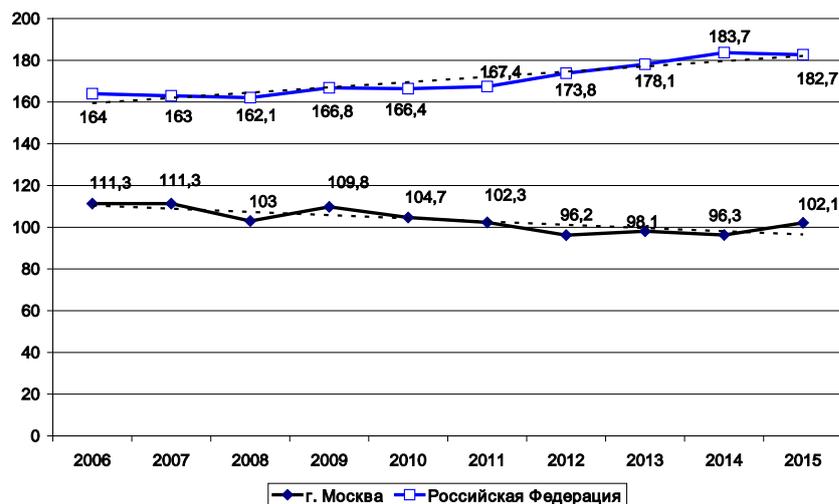


Рис. 1. Динамика заболеваемости мочекаменной болезнью в г. Москве и Российской Федерации в 2006-2015 годах (на 100 000 взрослого населения)

Среди всех урологических заболеваний наибольшую долю в структуре первично выявленных болезней мочеполовой системы у взрослого населения г. Москвы составляли болезни предстательной железы – 8,7% в 2006 г. и 14,4% в 2015 г. За десятилетний период

наблюдения резко снизился уровень первичной заболеваемости болезнями предстательной железы с 882,9 до 453,3 случая на 100 000 мужского населения в возрасте 18 лет и старше (на 429,6 случая, или 48,7%) (рис. 2). Данная тенденция не соответствовала динамике

аналогичного показателя в Российской Федерации (заболеваемость выросла на 11,4%), что привело к ситуации, когда начиная с 2014 г. уровень заболеваемости в г. Москве стал ниже, чем в целом по стране, в то время как в начале периода наблюдения он превышал российский показатель в 1,8 раза.

Такие особенности первичной заболеваемости болезнями предстательной железы в г. Москве свидетельствуют об ухудшении на протяжении последнего десятилетия выявления данной патологии среди жителей столицы и необходимости активизации работы первичного звена урологической службы.

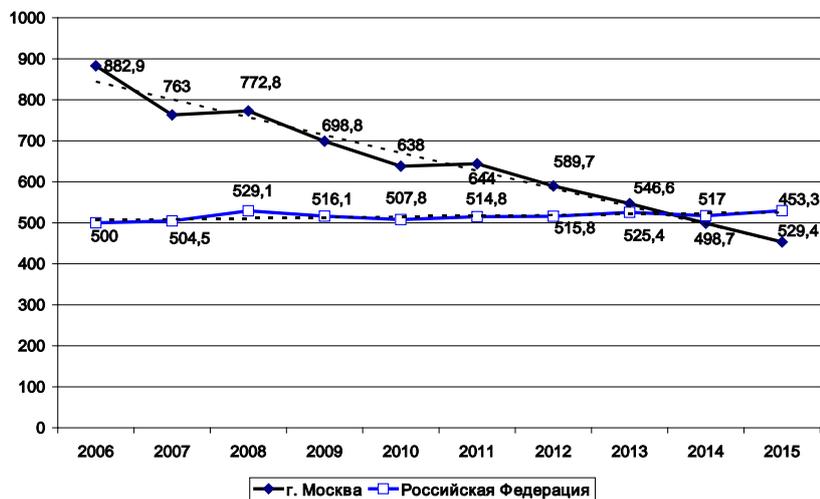


Рис. 2. Динамика заболеваемости болезнями предстательной железы в г. Москве и Российской Федерации в 2006-2015 годах (на 100 000 мужчин в возрасте 18 лет и старше)

Частота первичной диагностики и регистрации мужского бесплодия в г. Москве практически не изменилась за 10 лет и составляла в 2015 г. 7,3 случая на 100 000 мужчин в возрасте 18 лет и старше (в 2006 г. – 7,2). Эти показатели в столице на протяжении всего периода наблюдения были в 3-4 раза ниже, чем в среднем по стране.

Такая ситуация, безусловно, не свидетельствует о более благоприятном состоянии репродуктивного здоровья мужского населения в столице. Она обусловлена тем, что москвичи имеют большие возможности обращаться в частные клиники, в которых указанная патология надлежащим образом не регистрируется и сведения о ней не поступают в ведомственную статистическую отчетность.

При анализе распространенности болезней мочеполовой системы среди взрослого населения г. Москвы установлено, что в 2015 г. они как и в прежние годы занимали третье место в структуре общей заболеваемости (с удельным весом 8,7% в 2015 г.), а их уровень составил 10269,5 случая на 100 000 населения старше 18 лет (табл. 2). Среди всех случаев заболеваний МПС, зарегистрированных в 2015 г., треть (30,7%) была выявлена впервые. Уровень распространенности болезней МПС снизился в столице за 10 лет на 901,2 случая на 100 000 взрослого населения (на 8,1%), в то время как в Российской Федерации он воз-

рос на 14,5%. Вследствие разнонаправленной динамики показателей распространенность болезней МПС среди взрослых жителей столицы в 2015 г. составляла 79,3% от уровня показателя в стране, в то время как в 2006 г. уровень показателей был практически идентичным. Особенности динамики болезней МПС, которые преимущественно представлены хронической патологией, можно трактовать как результат ухудшения организации диспансерного наблюдения за данным контингентом больных.

Десятую часть (11,9%) в 2015 г. среди всех зарегистрированных среди взрослого населения г. Москвы болезней МПС составляли болезни почки и мочеточника. Данная патология регистрировалась у 1211,6 из 100 000 взрослых жителей столицы (табл. 2). На протяжении всего периода наблюдения распространенность болезней почки и мочеточника в г. Москве была ниже, чем в среднем в стране, а ее уровень снизился за 10 лет на 10,7%, в то время как в Российской Федерации он возрос на 2,3%. Доля впервые диагностированных заболеваний среди болезней МПС на протяжении 2006-2015 гг. стабильно составляла 10-11%. Снижение уровня распространенности болезней почки и мочеточника среди жителей столицы может свидетельствовать о дефектах в диспансерном наблюдении за хроническими больными.

Таблица 2

Распространенность болезней мочеполовой системы среди взрослого населения г. Москвы и Российской Федерации в 2006-2015 гг. (на 100 000 населения в возрасте 18 лет и старше)

Класс, нозологическая форма заболевания	Код МКБ 10	Годы										Абсолютный прирост 2015/2006	Темп прироста 2015/2006, %
		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015		
		г. Москва											
Болезни мочеполовой системы	N00-N99	11170,7	11420,3	11762,7	11367,4	11081,6	11273,1	11267,7	11053,8	10903,1	10269,5	-901,2	-8,1
Болезни почки и мочеточника	N00-N15, N25-N28	1357,1	1352,9	1388,0	1402,8	1346,1	1349,5	1368,4	1300,6	1277,7	1211,6	-145,5	-10,7
Мочекаменная болезнь	N20-N21, N23	724,6	730,8	715,2	725,6	709,7	699,1	713,2	705,0	739,0	716,8	-7,8	-1,1
Болезни предстательной железы*	N40-N42	4244,4	4377,2	4604,3	4804,3	4744,6	4918,6	4972,7	4804,4	4664,9	4330,0	85,6	2,0
Мужское бесплодие*	N46	12,9	14,2	13,7	16,3	н/д	н/д	14,6	14,6	20,0	19,0	6,1	47,3
Российская Федерация													
Болезни мочеполовой системы	N00-N99	11310,9	11586,3	11788,7	11914,0	12036,0	12487,9	12665,6	12917,9	12934,6	12949,8	1638,9	14,5
Болезни почки и мочеточника	N00-N15, N25-N28	1469,4	1486,9	1493,8	1519,8	1535,1	1510,0	1517,3	1520,0	1518,3	1503,9	34,5	2,3
Мочекаменная болезнь	N20-N21, N23	589,8	599,3	608,7	629,1	645,5	653,0	668,1	684,4	709,8	719,2	129,4	21,9
Болезни предстательной железы*	N40-N42	1946,0	2067,7	2152,1	2221,5	2412,8	2431,9	2489,4	2541,2	2565,2	2618,7	672,7	34,6
Мужское бесплодие*	N46	44,7	55,6	62,7	70,1	н/д	н/д	71,6	80,5	67,6	76,0	31,3	70,0
Болезни мочеполовой системы	N00-N99	11310,9	11586,3	11788,7	11914,0	12036,0	12487,9	12665,6	12917,9	12934,6	12949,8	1638,9	14,5

* На 100000 мужского населения в возрасте 18 лет и старше.

Удельный вес мочекаменной болезни среди всех болезней МПС составлял в 2015 г. 7,0%, а ее уровень – 716,8 на 100000 жителей столицы старше 18 лет. Среди всех случаев МКБ, зарегистрированных в 2015 г., 14,2% были выявлены впервые. Распространенность МКБ на протяжении всего периода наблюдения в г. Москве превышала аналогичный показатель в Российской Федерации. За счет разно-

направленной динамики показателя распространенности МКБ в г. Москве наблюдается стабильный уровень со слабовыраженной тенденцией к снижению (на 1,1% за 10 лет); в Российской Федерации отмечен рост на 21,9%. К 2015 г. показатели в столице и в стране в целом практически выровнялись, несмотря на существенное превышение московского показателя в начале периода наблюдения (рис. 3).

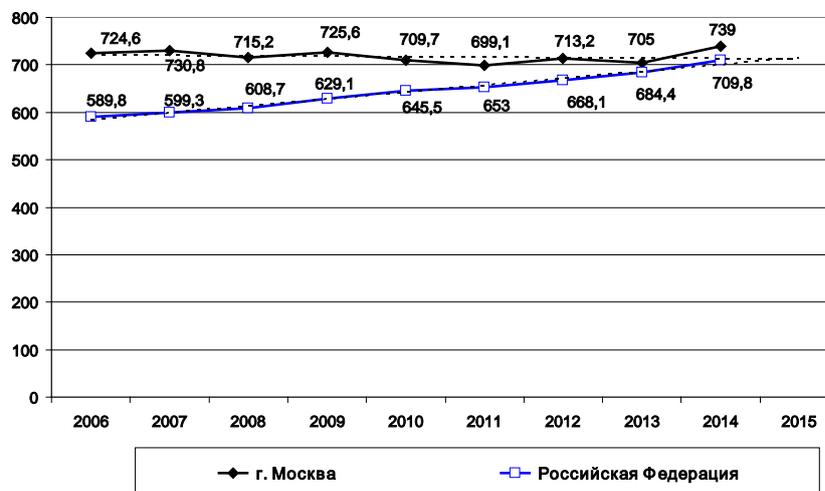


Рис. 3. Динамика распространенности мочекаменной болезни в г. Москве и Российской Федерации в 2006-2015 годах (на 100 000 взрослого населения)

В г. Москве в 2015 г., как и в предыдущие годы, наибольшую долю (42,2%) и наибольшую частоту распространенности (4330,0 на 100000 взрослых мужчин) среди всех урологических заболеваний имели бо-

лезни предстательной железы (ПЖ). Уровень распространенности болезней ПЖ в г. Москве стабильно превышал аналогичный показатель в стране (в 2,1 раза в начале периода наблюдения и в 1,6 раза в 2015 г.) (рис. 4).

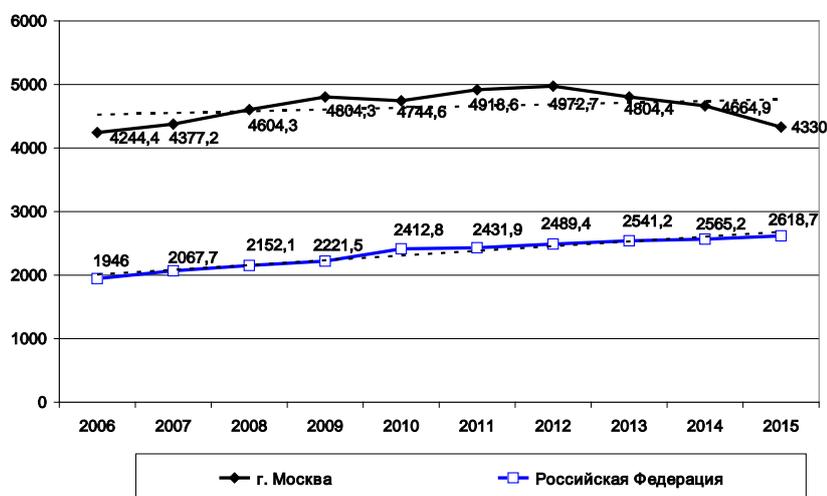


Рис. 4. Динамика распространенности болезней предстательной железы в г. Москве и Российской Федерации в 2006-2015 годах (на 100 000 мужчин в возрасте 18 лет и старше)

Следует отметить, что доля впервые диагностированных болезней предстательной железы среди всех учтенных случаев данной группы заболеваний снизилась за изучаемый период с 20,8% в 2006 г. до 10,5% в 2015 г. Данная тенденция, как и тенденция к снижению первичной заболеваемости болезнями ПЖ, свидетельствует об уменьшении полноты выявления данного заболевания. С учетом того, что болезни предстательной железы являются преимущественно хроническими заболеваниями, для динамики показателя распространенности ожидаемой была бы тенденция к ее росту за счет накопления контингента больных (особенно с учетом демографического старения населения). Однако фактический показатель 2015 г. вернулся к значению 2006 г. (рост в г. Москве за 10 лет составил всего 2%, в то время как в Российской Федерации – 34,6%). Такая динамика показателя распространенности болезней ПЖ может косвенно свидетельствовать о дефектах в организации диспансерного наблюдения, а также обуславливать недостатки в первичной профилактике рака предстательной железы за счет отсутствия динамического наблюдения за контингентом мужчин, у которых имеется наивысший риск развития данной патологии.

В 2015 г. в г. Москве 19 из 100000 мужчин старше 18 лет страдали бесплодием (табл. 2). На протяжении изучаемого периода первично диагностированные случаи мужского бесплодия составляли 40-50% среди всех за-

регистрированных. За десятилетний период распространенность мужского бесплодия возросла в г. Москве на 47,3%, в Российской Федерации на 70%. Как и в случае с первичной заболеваемостью, распространенность мужского бесплодия по материалам государственной статистической отчетности была в 3-5 раз ниже среди москвичей, чем среди взрослых мужчин в среднем по стране.

Материалы статистической формы № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации» позволили проанализировать полноту охвата больных диспансерным наблюдением (табл. 3).

Результаты осуществленного анализа свидетельствуют, что на протяжении 2011-2015 годов данный показатель был стабильным для каждой нозологической формы заболеваний (кроме мужского бесплодия) и характеризовался чрезвычайно низким значением. Для класса болезней мочеполовой системы в целом он составлял только 16,3-18,2%.

Диспансерным наблюдением было охвачено менее четверти больных мочекаменной болезнью (21,1-25,2%) и болезнями предстательной железы (22,8-24,5%). Наибольшая доля больных была охвачена диспансерным наблюдением при болезнях почек и мочеточников, но даже для этой группы болезней показатель не превышал 29,0%. Самый низкий (12,9%) в 2015 г. показатель диспансерного наблюдения был у лиц, страдающих мужским бесплодием.

Таблица 3

Полнота охвата больных г. Москвы с заболеваниями мочеполовой системы диспансерным наблюдением в 2006-2015 гг., %

Класс, нозологическая форма заболевания	Годы				
	2011	2012	2013	2014	2015
Болезни мочеполовой системы	16,5	18,2	17,6	17,5	16,3
Болезни почки и мочеточника	27,1	28,9	28,9	28,2	26,6
Мочекаменная болезнь	22,2	25,2	23,7	22,1	21,1
Болезни предстательной железы	22,8	24,3	24,5	23,9	23,6
Мужское бесплодие	20,5	18,6	23,9	18,7	12,9

Приведенные показатели свидетельствуют о наличии существенных недостатков в организации диспансерного наблюдения за больными с урологическими заболеваниями, что обуславливает необходимость обоснования возможностей оптимизации организации урологической помощи.

Проводя анализ заболеваемости болезнями мочеполовой системы, мы также пришли к выводу, что необходима модернизация статистического учета по разделам, регистрирующим урологические заболевания, включение ряда нозологий, отражающих состояние мужского здоровья, так как действующая статистическая форма (форма № 12) предоставляет ограниченные возможности для анализа заболеваемости и распространенности урологических заболеваний в разрезе отдельных нозологических форм.

В настоящее время большая часть урологических заболеваний в официальной отчетности отдельно не выделяется и относится к XIV классу «Болезни мочеполовой системы». В связи с этим при планировании развития урологической службы, невозможно получить сведения об эпидемиологии большинства урологических заболеваний и составить представление об урологическом здоровье населения разных возрастных и гендерных групп. Модернизация учета и регистрации урологических заболеваний позволит рационально использовать ресурсы государственного здравоохранения, вывести на новый уровень диспансеризацию и реабилитацию при урологических заболеваниях.

Выводы

По данным анализа статистических отчетов АПУ первичная заболеваемость болезнями МПС взрослого населения г. Москвы в 2015 г. по сравнению с 2006 г. снизилась на 33,7%, болезнями почек и мочеточника – на 16,3%, болезнями предстательной железы – на 48,7%. Однако данная тенденция в динамике урологической заболеваемости не соответствует результатам специальных эпидемиологических исследований и может быть обусловлена неполной регистрацией данных заболеваний и низким уровнем диагностики.

Выявлены существенные недостатки в организации диспансерного наблюдения за лицами с урологическими заболеваниями в г. Москве. В 2015 г. диспансерным наблюдением было охвачено только 26,6% всех больных с болезнями почек и мочеточников, 21,1% всех больных с мочекаменной болезнью, 23,6% – с болезнями предстательной железы, 12,9% – с мужским бесплодием.

Установлено, что необходима дальнейшая модернизация статистического учета урологических заболеваний, так как действующая статистическая форма (форма № 12) не позволяет проводить анализ заболеваемости и распространенности урологических заболеваний в разрезе отдельных нозологических форм. Модернизация учета и регистрации урологических заболеваний позволит рационально использовать ресурсы государственного здравоохранения, вывести на новый уровень диспансеризацию и реабилитацию при урологических заболеваниях.

Сведения об авторе статьи:

Геворкян Ашот Рафаэлович – к.м.н., зав. урологическим отделением ГБУЗ «Городская поликлиника № 195» ДЗМ. Адрес: 121355, г. Москва, Молодоговардейская ул., 40, корп. 1. E-mail: ashot_gevorkyan@mail.ru.

ЛИТЕРАТУРА

1. Болезни предстательной железы / под ред. Ю. Г. Аляева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 240 с.
2. Анализ уронефрологической заболеваемости в Российской Федерации за десятилетний период (2002-2012 гг.) по данным официальной статистики. / О.И. Аполихин [и др.] // Экспериментальная и клиническая урология. – 2014. – № 2. – С. 4-12.
3. Аполихин, О.И. Инвалидность вследствие заболеваний мочеполовой системы в Российской Федерации по данным официальной статистики / О.И. Аполихин, А.В. Сивков, Т.В. Солнцева // Экспериментальная и клиническая урология. – 2012. – № 1. – С. 37-46.
4. Глыбочко, П.В. Российская урология в XXI веке / П.В. Глыбочко, Ю.Г. Аляев // Урология. – 2015. – № 5. – С. 4-9.
5. Состояние онкологической помощи населению России в 2012 году / под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. – М.: ФГБУ «МНИОИ им. П. А. Герцена» Минздрава России, 2013. – 232 с.
6. Состояние, проблемы и перспективы развития Российской урологической службы / О.В. Кривонос [и др.] // Урология. – 2012. – № 5. – С. 5-12.
7. Максимов, В.А. Современный взгляд на проблему скрининга рака предстательной железы / В.А. Максимов, Д.Ю. Пушкарь, М.С. Умаров // Урология. – 2009. – № 5. – С. 74-77.
8. Пушкарь, Д.Ю. Функциональная урология и уродинамика / Д.Ю. Пушкарь. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 376 с.

9. Лоран, О.Б. Фундаментальные исследования и инновации в практической урологии [Электронный ресурс] // URL: <http://scientificrussia.ru/articles/prezidium-ran-fundamen-talnye-issledovaniya-i-innovatsii-v-prakticheskoy-urologii>.
10. Трифонова, Н.Ю. Медико-организационные подходы оказания медицинской помощи пациентам с урологической патологией [Электронный ресурс] / Н.Ю. Трифонова, С.В. Королёв // Социальные аспекты здоровья населения. – 2013. – № 4. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/496/lang,ru/>
11. Fung Global Incidence and Mortality for Prostate Cancer: Analysis of Temporal Patterns and Trends in 36 Countries / C.S. Martin Wong [et al.] // *European urology*. – 2016. – Issue 5, Volume 70. – P. 862-874.

УДК 616.613-089.848
© Коллектив авторов, 2017

П.В. Глыбочко, Ю.Г. Аляев, В.А. Григорян, Л.М. Рапопорт, М.Э. Еникеев, М.В. Лобанов
ОСЛОЖНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПИЕЛОПЛАСТИКИ
*ФГБОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет
им. И.М. Сеченова» Минздрава России, г. Москва*

В статье приведены наблюдения за пациентами, перенесшими лапароскопическую пиелопластику, у которых в раннем послеоперационном периоде были выявлены осложнения различной степени тяжести. Проанализированы и установлены причины осложнений, предложены меры их профилактики.

Ключевые слова: гидронефроз, лапароскопическая пиелопластика, операция Андерсона – Хайнса, несостоятельность пиелoureterального анастомоза, мочевиные затеки, классификация Клавиен – Диндо, осложнения лапароскопической пиелопластики.

P.V. Glybochko, Yu.G. Alyaev, V.A. Grigoryan, L.M. Rapoport, M.E. Enikeev, M.V. Lobanov
COMPLICATIONS AFTER LAPAROSCOPIC PYELOPLASTY

The paper presents the results of monitoring patients after laparoscopic pyeloplasty in which the complications of varying severity have been identified in the early postoperative period. We have analyzed and identified the causes of complications and offered their preventive measures.

Key words: hydronephrosis, laparoscopic pyeloplasty, Anderson-Hynes operation, inconsistency of pyeloureteral anastomosis, urinary streaks, Clavien-Dindo classification, complications of laparoscopic pyeloplasty.

Стеноз лоханочно-мочеточникового сегмента, приводящий к нарушению оттока мочи из собирательной системы почки, является одной из важнейших проблем современной урологии. «Золотым стандартом» лечения пациентов с данным заболеванием является открытая пиелопластика, позволяющая добиться от 90 до 95% успешных результатов [1,2]. Впервые в мире лапароскопическая пиелопластика была выполнена в 1993 г., что впоследствии привело к её активному распространению и широкому применению в индустриально развитых странах [3-6]. Несмотря на активное внедрение лапароскопических методов коррекции стеноза лоханочно-мочеточникового сегмента по всему миру, данное хирургическое пособие остается технически сложным и энергозатратным [7-13]. Это обусловлено созданием непривычного для традиционного уролога транзитного доступа через брюшную полость, отсутствием тактильной чувствительности, несоответствием лапароскопических инструментов современным требованиям микрохирургии и относительной сложностью формирования интракорпорального шва, все это может приводить к новым, несвойственным открытой реконструктивной хирургии, грозным осложнениям, таким как затеки мочи в брюшную полость.

Материал и методы

Проведен анализ 50 историй болезни больных стенозом лоханочно-мочеточникового сегмента (ЛМС) и гидронефрозом, перенесших лапароскопическую пиелопластику по Андерсону–Хайнсу. Возраст больных составил от 16 до 60 лет. При больших атоничных чашечно-лоханочных системах выполняли субтотальную резекцию лоханки. Классически (интракорпорально) выполнено 22 пиелопластики, а 28 – с экстракорпоральной обработкой мочеточника. Анастомоз формировали одиночными викриловыми швами 5/0. Рану лоханки выше анастомоза ушивали непрерывным швом викрил 4/0 или 5/0. Верхние мочевые пути (ВМП) дренировали стентами 7 СН (n=14) и 8 СН (n=36). В 16 случаях дренировали исключительно брюшную полость, в 34 – выполняли сочетанное дренирование брюшной полости (стандартный силиконовый дренаж) и забрюшинного пространства (активный дренаж Джексона–Пратта). Во всех наблюдениях восстанавливали задний листок фасции Героты: у 32 пациентов – викрилом, у 18 – нитью V-Lock 2/0 и 3/0. Ход оперативных вмешательств подвергали цифровой видеофиксации с последующим анализом хирургической техники (рис. 1).