

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДГПЖ КОРЕННЫХ ЖИТЕЛЕЙ РЕСПУБЛИКИ АЛТАЙ

БУЗ РА «Республиканская больница», г. Горно-Алтайск, Республика Алтай

Елюбаев К.С., врач-уролог

Научный руководитель: **Неймарк А.И.**, д.б.н., профессор АГМУ, г. Барнаул

Введение

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) относится к хроническим заболеваниям мочеполовой системы, резко снижающим качество жизни больных [1,2]. Российские эпидемиологические исследования указывают на постепенное увеличение заболеваемости ДГПЖ с 11,3 % в возрасте 40–49 лет до 81,4 % в возрасте до 80 лет. Диагностика и лечение ДГПЖ представляют собой не только серьезную медицинскую, но и социальную проблему [3-5]. Давно установлен тот факт, что распространенность "доброкачественной гиперплазии" предстательной железы (ДГПЖ; аденомы простаты, аденомы периуретральных желез) у мужчин одной возрастной группы, относящихся к разным расам, достоверно различается [5,6]. Так, у монголоидов Китая и Японии заболевание встречается достоверно реже, чем у европеоидов США и стран Европы соответствующих возрастных групп [7,8]. Поскольку заболеваемость аденомой простаты и ее клиническое течение имеют определенную зависимость от этнической принадлежности мужчин и развитие данного патологического состояния, является одной из самых частых причин обращения к урологу, а индивидуальные особенности строения предстательной железы может определять результаты оперативного лечения ДГПЖ [9,10,11,12], то несомненный интерес представляет изучение этнических различий клинического течения ДГПЖ.

Цель исследования. Оценка возникновения ДГПЖ у представителей двух этнических групп: славянского и алтайского этносов. Выявить

большую предрасположенность к заболеванию и оценить его течение на основании клинической картины.

Материалы и методы

В работе представлены данные историй болезни 60 пациентов в возрасте от 55 до 87 лет, особенности их ведения при выявленном диагнозе: «Доброкачественная гиперплазия предстательной железы». Пациенты были разделены на две группы в зависимости от этнической принадлежности. Первая группа представлена славянским этносом, вторая - алтайским. Все они проживали в климато-географических условиях Республики Алтай в течение всей жизни. Средний возраст больных составил $68 \pm 3,5$ года. Длительность заболевания с момента первичного обращения к врачу составила от 1 до 7 лет. При изучении истории болезни пациентов учитывались их жалобы, сбор анамнеза, комплексное урологическое обследование и методы лечения. Полученные исходные данные были разделены по признаку алтайского или славянского этноса, для проверки гипотезы о более легком течении заболевания ДГПЖ у представителей алтайской национальности. Была проведена статистическая обработка и анализ данных, с помощью программы SigmaPlot 12.5 (Systat Software, 2011). Использовался метод расчета хи-квадрата (chi-square) для признаков, частота которых превышала 5, и точный критерий Фишера (Fisher Exact) для тех признаков, частота которых была меньше пяти. Уровень достоверности был принят за $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждения

Качественный анализ больных проводился с учетом сопоставления количества проживающих обеих этнических групп на территории Республики Алтай по данным на 2022 год. Для проведения процентного расчета случаев заболевания от общего количества, было важно учесть фактор процентного соотношения населения Республики Алтай в зависимости от национальной принадлежности. Для исследования мы отобрали две самые крупные этнические группы населения Республики: представители славянского этноса – 57,6%; представители алтайского

этноса – 31,3%. Частота обращений в медицинские учреждения с заболеванием ДГПЖ был наиболее свойственен для славянского этноса. На примере отобранных для исследования историй болезни, выделенных в равные группы, проведены анализ на основании исследования жалоб поступивших больных, оценка анамнеза жизни пациентов с последующим выводом о зависимости наличия сопутствующих заболеваний, аллергии, вредных привычек, перенесенных травм и операции, оценка лабораторных исследований, объема простаты, уровня ПСА, УЗИ простаты и мочевого пузыря, и тактики введения пациентов.

В совокупности всех проведенных исследований, мы выяснили, что клиническая картина более выражена именно у представителей славянского этноса по всем симптомам, а также представители славянского этноса имели сопутствующие заболевания в 2,5 раз больше, характерные критерии для славянского этноса: травмы, перенесенные переломы (превышает значение алтайского этноса в 3 раза), перенесенные операции: удаление грыжи поясничного отдела, паховое грыжесечение, аппендэктомия, холецистэктомия (превышает значение алтайского этноса в 6 раз). Вредные привычки, такие как курение, алкоголь, наркотики (превышает значение алтайского этноса в 6 раз). Проведя анализ лабораторных исследований больных, можем отметить следующее: лейкоцитоз наблюдался чаще у представителей славянского этноса наряду с ОАК перед выпиской (наблюдалось увеличение СОЭ и тромбоцитопения), также хуже показатели были по коагулограмме, показатели ОАМ при поступлении (такие как увеличение количества белка, лейкоцитов, эритроцитов, эпителии), по оценке среднего статистического объема ПЖ и уровня ПСА картина являлась аналогичная: Объем предстательной железы у алтайского этноса колебался от 23см³ до 295см³, составил в среднем 84,84 куб.см ±1.2*. Объем предстательной железы у славянского этноса колебался от 16см³ до 190см³, составил в среднем 89 см³±1.4*. Уровень ПСА у алтайского этноса колебался от 1.05 нг/мл до 18.0 нг/мл, а средний уровень составил 6.25 нг/мл ± 0.9*. Уровень ПСА у славянского этноса колебался от

0.2нг/мл до 19.0 нг/мл, а средний уровень составил 12.2 нг/мл \pm 1.1*. У части пациентов с высоким уровнем ПСА были явления острой задержки мочи.

*- различие показателей достоверно ($p < 0.05$).

Таким образом, в результате проведенных исследований было выявлено, что увеличение простаты у славянского этноса проявляется, как и ПСА в более выраженной форме. Погрешность при подсчете процентов составила 1,8%. По данным УЗИ простаты и мочевого пузыря, мы установили, что у жителей славянского этноса стенка мочевого пузыря была утолщена в 2 раза больше, чем представителей алтайского этноса. Помимо этого, на основании исследования историй болезни и проведенного опроса мы выяснили, что представители славянского этноса в 2 раза больше подвержены эректильной дисфункции (в два раза больше жалоб по сравнению с алтайским этносом). Изучив методы лечения ДГПЖ у представленных этнических групп, мы выделили два основных направления. Первое - это консервативное лечение, а второе - хирургическое вмешательство. Лечение альфа-адреноблокаторами, прием антибиотиков в стационаре наблюдался у алтайского этноса в 4 раза чаще, в отличие от славянского этноса.

На основании проведенного исследования было выявлено, что славянская этническая группа более подвержена возникновению заболевания ДГПЖ и имеет более тяжелое течение болезни. Исходя из анализа методов лечения, мы пришли к заключению, что применение консервативного лечения ДГПЖ имело наиболее эффективный результат для алтайской группы, а хирургическое вмешательство требовалось пациентам славянского этноса.

Выводы

Результаты проведенного исследования показали, что

- славяне чаще болеют более 3 лет (76,667% против 53,333%, $p = 0,104$);
- алтайцы чаще заболевают остро (20% против 3,333%, $p = 0,103$);

- пациенты алтайского этноса достоверно чаще принимали альфа-адреноблокаторы более 5 лет: 33,333% против 6,667%, $p = 0,024$);
- пациенты славянского этноса достоверно чаще страдали гипертонической болезнью 1-2 стадии: 70% против 40%, $p = 0,038$;
- славяне чаще страдают вредными привычками (50% против 26,667%, $p = 0,111$);
- у славян чаще находят патологические изменения на ЭКГ (40% против 16,667%, $p = 0,086$);
- у славян чаще находят патологические изменения на рентгене ОГК (60% против 36,667%, $p = 0,121$);
- алтайцам чаще проводилась плановая цистостома (23,333% против 6,667%, $p = 0,145$);
- славянам чаще проводилась аденомэктомия: (33,333% против 10%, $p = 0,06$).

Дальнейшее изучение и анализ распространенности ДГПЖ среди этнических групп Республики Алтай может служить основой разработки стратегии мониторинга и профилактики урологических заболеваний на данной территории, внедрения медико-социальных программ, направленных на раннюю диагностику, и, соответственно повышение эффективности лечения ДГПЖ у мужчин.

Список литературы:

1. Кокорина Е.П. Социально-гигиенические особенности состояния здоровья в современных условиях. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2000; 2: 12-21.
2. Севрюков Ф.А. Комплексное изучение качество жизни больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы. Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2012; 3(4): 54-55.
3. Корнеев И.А., Алексеева Т.А., Аль-Шукри С.Х., Пушкарь Д.Ю. Симптомы нижних мочевых путей у мужчин Северо-Западного региона Российской Федерации: анализ результатов популяционного

- исследования. Урологические ведомости. 2016; 6(1): 5–9.
<https://doi.org/10.17816/uroved615-9>
4. Тиктинский О.Л., Калинина С.Н., Михайличенко В.В. Андрология. М.: МИА, 2010.
 5. Дунаевский, Л.И. Аденома предстательной железы. Л.И. Дунаевский. М.: Медгиз, 1959. 276 с.
 6. Пытель А.Я. Руководство по клинической урологии. А.Я. Пытель. М.: Медицина, 1970. 648 с.
 7. Портной А.С. Эстрогенный обмен у больных аденомой предстательной железы. Современные вопросы урологии. Д., 1967. С. 190-207.
 8. Isaacs, J.T. Etiology and disease process of benign prostatic hyperplasia. J.T. Isaacs, D.S. Coffey. Prostate. 1989; 2(2): 33-37.
 9. Пытель А.Я. Руководство по клинической урологии. М.: Медицина, 1970. 648 с.
 10. Лоран О.Б. Диагностика и дифференциальная диагностика доброкачественной гиперплазии предстательной железы. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. Под ред. Н.А. Лопаткина. М., 1997. С. 51 -61.
 11. Колмацуй И.А., Левицкий Е.Ф. Оптимизация методов физиолечения у больных хроническим простатитом с сопутствующей доброкачественной гиперплазией предстательной железы. Бюллетень медицинской науки. 2019; 1(13): 53–57. URL: <http://newbmn.asmu.ru/index.php/bmn/article/view/229>.
 12. Неймарк А.И., Неймарк Б.А., Торбик Д.В. Тактика ведения больного доброкачественной гиперплазией предстательной железы при крупном её объеме. Бюллетень медицинской науки. 2017; 1(5): 44-53.
[https://doi.org/10.31684/2541-8475.2017.1\(5\).44-53](https://doi.org/10.31684/2541-8475.2017.1(5).44-53)

Как цитировать:

Елюбаев К.С. Сравнительная оценка клинического течения и особенности ведения пациентов с ДГПЖ коренных жителей Республики Алтай. *Scientist*. 2023; 2 (24): 156-161 .
