

УРОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ЛЮДЯМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С РАЗЛИЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ МОЧЕИСПУСКАНИЯ

© В.Г. Гомберг

СПбГБУЗ «Городской гериатрический медико-социальный центр» (Санкт-Петербург)

Актуальность мер по совершенствованию урологической помощи людям пожилого возраста определяется необходимостью предупреждения отрицательных социально-экономических последствий, связанных со значительной распространенностью различной патологии мочеиспускания у этой категории граждан, что приводит к существенному снижению их качества жизни.

В структуре заболеваний пожилых людей урологическая патология занимает значительное место и имеет свои особенности. Подавляющее большинство мужчин (от 50 до 80 %) обращается к урологу по поводу доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ), а основная урологическая проблема пожилых женщин — это недержание мочи. В большей или меньшей степени недержанием мочи страдают до 70 % женщин пенсионного возраста, и это страдание у них постепенно прогрессирует.

В Городском гериатрическом центре разработаны и внедрены в практику эффективные методики лечения и реабилитации таких пациентов. Динамическое наблюдение на амбулаторном этапе, отбор нуждающихся в оперативном лечении, выбор оптимальной лечебной тактики позволяют с минимальным количеством осложнений лечить пожилых больных с ДГПЖ и инконтиненцией и улучшать их способность к самообслуживанию и повышать качество жизни.

Для повышения качества жизни и решения медицинских проблем проживающих в Санкт-Петербурге людей пожилого возраста создан Центр лечения патологии мочеиспускания, на который возложены следующие задачи:

- обеспечение проведения квалифицированного, специализированного обследования, лечения и реабилитации пожилых больных, страдающих нарушениями мочеиспускания различной этиологии;
- направление пациентов при необходимости оперативного лечения в урологическое отделение Санкт-Петербургского городского гериатрического центра;
- организация сотрудничества с урологическими отделениями многопрофильных стационаров в целях максимально быстрого направления в урологическое отделение Городского гериатрического центра пациентов в ближайшие

сроки после цистостомии для дальнейшего лечения и реабилитации;

- информирование населения о необходимости лечения нарушений мочеиспускания, стимулирование к решению данной проблемы, формирование у пожилых людей четких современных представлений о здоровой старости: школы для пациентов и их родственников, публикации в различных СМИ, издание просветительских материалов;
- создание телефонной «горячей линии» по проблемам ДГПЖ и недержания мочи у женщин, совмещающей в своей работе справочную службу с телефоном доверия для пожилых людей и их родственников;
- информирование пациентов о современных гигиенических средствах, подбор и обучение пациентов и их родственников использованию необходимых средств;
- внедрение в постоянную практику современных геронтологических, последних достижений урологии;
- разработка методических рекомендаций, подготовка и повышение квалификации специалистов для распространения опыта работы центра и организации подобных кабинетов во всех районных гериатрических отделениях Санкт-Петербурга;
- проведение научных исследований по вопросам патологии мочеиспускания, влиянию этих нарушений на качество жизни пожилых людей.

До 57 % женщин пенсионного возраста отмечают регулярный характер симптомов инконтиненции. Чаще всего (54 %) обращаются к урологу женщины в возрасте от 65 до 74 лет, когда эта проблема становится достаточно выраженной. Впервые обратились к урологу Гериатрического центра 18,7 % пожилых женщин, страдающих недержанием мочи уже свыше 10 лет. При этом назначение только немедикаментозных методов лечения и использование современных гигиенических средств приводит к улучшению состояния 62 % женщин.

Перераспределение в урологическое отделение Городского гериатрического центра пожилых больных позволит более эффективно использовать ресурсы, с одной стороны, многопрофильных стационаров, с другой стороны, Гериатрического центра, а также оказывать максимально эффек-

тивную помощь пациентам и повышать их качество жизни.

Создание Центра лечения патологии мочеиспускания позволяет периодически наблюдать всех поставленных на диспансерный учет больных

и контролировать эффективность лечения. Своевременная, правильно спланированная терапия значительно улучшает качество жизни пожилых женщин и мужчин, уменьшает количество осложнений.

ОПЫТ ЭМБОЛИЗАЦИИ ПРОСТАТИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ В ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

© Д.С. Горелов, Н.К. Гаджиев, Д.В. Овчаренко, А.О. Иванов, Ю.А. Радомский, А.А. Мищенко, А.Т. Мовсисян, С.Б. Петров

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава РФ (Санкт-Петербург)

Введение. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) — одно из самых распространенных урологических заболеваний мужчин пожилого и старческого возраста. Более 50 % мужчин в возрасте 60 лет и старше страдают ДГПЖ. Выбор метода лечения ДГПЖ зависит от большого количества факторов, в том числе от размеров простаты и наличия сопутствующей соматической патологии. Противопоказаниями к традиционным хирургическим методам лечения ДГПЖ являются тяжелая сопутствующая патология, высокий анестезиологический риск, некорректируемые коагулопатии. Для лечения такой группы пациентов применяют различные малоинвазивные методики. Преимущества малоинвазивных методов заключаются в отсутствии необходимости общей анестезии, минимальном риске послеоперационных осложнений, снижении длительности пребывания в стационаре. К таким методам относится эмболизация простатических артерий (ЭПА). Принцип метода основан на снижении артериального притока к предстательной железе, что приводит к достаточно быстрому уменьшению ее объема и снижению выраженности симптомов нижних мочевых путей. В условиях рентгеноперационной выполняется пункция общей бедренной артерии, проведение специального микрокатетера до артерий предстательной железы и производится их селективная эмболизация микрочастицами диаметром 250–500 мкм.

Показаниями к ЭПА являются ДГПЖ больших (>80 см³) размеров, наличие тяжелой сопутствующей патологии, высокий анестезиологический риск, отсутствие эффекта консервативной терапии или отказ пациента от проведения традиционных хирургических вмешательств.

К противопоказаниям относятся непереносимость рентгеноконтрастных веществ, наличие

острых инфекционно-воспалительных заболеваний любой локализации, состояние после перенесенного острого инфаркта миокарда или острого нарушения мозгового кровообращения в срок до 6 месяцев, наличие флотирующих тромбов в бассейне вен нижних конечностей. Основное препятствие для выполнения ЭПА представляют окклюзионно-стенотические поражения и аномалии анатомического строения подвздошных сосудов, не позволяющие выполнить операцию.

Цель исследования — оценить эффективность и безопасность ЭПА при лечении ДГПЖ.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 13 пациентов, которым была выполнена ЭПА при ДГПЖ. Средний возраст пациентов составил 73 года (от 62 до 83 лет). Средний объем предстательной железы — 86 см³ (от 67 до 105 см³). Шести пациентам была ранее выполнена троакарная цистостомия по поводу острой задержки мочеиспускания. Эффективность лечения оценивали по динамике следующих показателей:

- восстановление самостоятельного мочеиспускания;
- IPSS (Международная шкала оценки простатических симптомов);
- Q_{\max} (урофлоуметрия);
- объем простаты и остаточной мочи (УЗИ).

Безопасность оценивали по частоте развития и тяжести послеоперационных осложнений.

Результаты. Все пациенты отмечали положительную динамику при оценке качества мочеиспускания. Эпистомический дренаж был удален всем пациентам, ранее перенесшим троакарную цистостомию, в течение 3 суток после ЭПА. У 1 (8 %) пациента эффект ЭПА оказался недостаточным (самостоятельное мочеиспускание восстановилось, однако сохранялось большое количество остаточной мочи), в связи с чем потре-