

Получена: 28 апреля 2018 / Принята: 14 мая 2019 / Опубликовано online: 30 июня 2019

УДК 616.71-007.61+591.463.4

МЕДИКО – СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

**Асет М. Кусаинов ¹,
Толкын А. Булегенов ¹**

¹ НАО "Медицинский университет Семей",
г. Семей, Республика Казахстан

Резюме

Введение. На долю доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) приходится более 40,0 % от числа всех болезней мужчин старше 50 лет, что выводит данное заболевание в ряд первоочередных медицинских и социальных проблем. Тем более, по демографическим исследованиям ВОЗ население планеты стареет, соответственно прогнозируется рост заболеваемости этой патологией. ДГПЖ существенно снижает качество жизни мужчин, что связано с различными нарушениями мочеиспускания, общей астенизацией организма, с изменением психоэмоционального статуса и эректильными дисфункциями [4,17,21,68].

Несмотря на некоторые различия статистических данных, мы видим, какое широкое распространение имеет это заболевание и какое влияние оказывает на качество жизни, как симптомы нижних мочевых путей и сексуальные расстройства вследствие ДГПЖ влияют на психоэмоциональное состояние больного. Предлагаются методы улучшения качества жизни, дается обширная информация о современных достижениях в этой области. Очевидно, что для своевременной диагностики и разработки эффективных мер профилактики и реабилитации ДГПЖ необходимо углубленно изучить факторы риска развития данного заболевания, их взаимосвязь.

Цель: Провести систематический поиск научной литературы, касающейся медико-социальных аспектов развития доброкачественной гиперплазии предстательной железы и ее влияния на качество жизни пациентов.

Стратегия поиска. Поиск научных публикаций проводился в базах данных доказательной медицины (Guidelines, Medline, Web of Science, PubMed, CochraneLibrary), в электронных научных библиотеках (e-Library, CyberLeninka, сайты периодических медицинских изданий стран СНГ) и электронных библиотек диссертации (dissercat.com, medical-diss.com и пр). Всего было найдено 13530 литературных источников. После автоматического поиска и исключения дублирующихся публикаций, нами был выполнен поиск публикаций «вручную», который позволил выявить 70 литературных источников, включенных в настоящий обзор.

Результаты: В настоящее время все больше внимания в литературе, особенно в зарубежной, уделяется проблемам ДГПЖ, факторам риска ее развития, влияние этих факторов на качество жизни мужчин. И это не удивительно, так как по многочисленным эпидемиологическим исследованиям ДГПЖ является одним из самых распространенных заболеваний мужчин и составляет по данным разных авторов в среднем 29- 30 % от общей обращаемости мужчин. Но надо сказать, что эти цифры относительны. Как подчеркивают многие исследователи, в том числе и зарубежные, нет своевременной диагностики этого заболевания из-за низкой обращаемости мужчин ввиду разных причин и нет достаточной выявляемости на первичном врачебном уровне, так как основной поток пациентов идет через врачей общей практики. Другой момент роста заболеваемости ДГПЖ это неэффективные меры профилактики, недостаточная оценка факторов риска возникновения этой патологии и их влияние не только на развитие заболевания, но и на прогноз в целом. Поэтому необходима разработка эффективных мер профилактики и реабилитации пациентов с гиперплазией предстательной железы.

Выводы: Таким образом, по проработанным литературным источникам видно насколько много публикаций посвящены проблемам ДГПЖ, насколько актуальна она в связи с прогрессирующим ростом заболеваемости. Проявления ДГПЖ в виде симптомов нарушения мочевых путей и эректильной дисфункции существенно снижают качество жизни, ведет к различным невротическим расстройствам мужчин. Очень интересны и доказательны данные зарубежных авторов о взаимосвязи симптомов нижних мочевых путей и эректильной дисфункции и их влияние на сердечно-сосудистую систему, особенно на раннюю диагностику их. Это дает возможность применить данные рекомендации для своевременной предварительной диагностики обоих состояний уже на первичном врачебном уровне. Необходимо, учитывая наиболее ценные доказательные данные литературных источников, разработать меры своевременной диагностики, профилактики и комплексной реабилитации пациентов с ДГПЖ.

Ключевые слова: доброкачественная гиперплазия предстательной железы, качество жизни, факторы риска, симптомы нижних мочевых путей, эректильная дисфункция, профилактика и реабилитация.

Summary

MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS OF BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA. LITERATURE REVIEW

Asset M. Kussainov ¹, Tolkyn A. Bulegenov ¹

¹ NJSC “Medical University of Semey”, Semey, Republic of Kazakhstan

Introduction. More than 40.0% of all diseases in men over 50 years fall at the share of the benign prostatic hyperplasia (BPH) that brings this disease into line of primary medical and social problems. Moreover, according to WHO's demographic researches the population of the planet grows old, thus rate of incidence of this pathology is predicted. BPH significantly reduces quality of men's life which is connected with various inappropriate urination, general asthenization of organism, change of psychoemotional state and erectile dysfunctions [4,17,21,68].

Despite some differences in statistic data, we see what high incidence and what impact on quality of life this disease has, how lower urinary tract symptoms and sexual disorders due to BPH influence psychoemotional state of the patient. Methods of improvement in quality of life are offered, extensive information on modern achievements in this area is given. It is obvious that for timely diagnostics and development of effective measures of BPH prevention and rehabilitation it is necessary to study intensively risk factors of development of this disease, their interrelation.

Purpose: To carry out systematic search of scientific literature concerning medical and social aspects of development of benign prostatic hyperplasia and their influence on quality of life of patients.

Search strategy: Search of scientific publications was carried out in the databases of evidential medicine (Elsevier, Web of Science, PubMed, Cochrane Library), in the electronic scientific libraries (CyberLeninka, websites of periodic medical publications of the CIS countries) and the electronic libraries of dissertations (dissercat.com, medical-diss.com, etc.). In total, it was found 13530 sources of literature. After automatic search and exception of the duplicated publications, we executed search of publications “manually” which allowed to reveal 70 sources of literature included in this review.

Results: At the present time increasing attention in literature, especially in foreign one, is paid to BPH problems, risk factors of its development, influence of these factors on quality of men's life. And this is not surprising because according to numerous epidemiological researches BPH is one of the most frequent diseases of men and averages 29 - 30% of the total appealability of men according to different authors. But it is necessary to tell that these figures are relative. Many researchers, including foreign ones, underline that there is no timely diagnosis of this disease because of low appealability of men in view of different reasons, and there is no sufficient detectability at the primary medical level as the main patient stream goes through general practitioners. Other moment of incidence rate of BPH is inefficient measures of prevention, insufficient assessment of risk factors of this pathology as well as their influence not only on development of disease, but also on the prediction in general. Therefore development of effective measures of prevention and rehabilitation of patients with prostatic hyperplasia is necessary.

Conclusions: Thus, by the worked out sources of literature it can be seen how many publications are devoted to BPH problems, how relevant it is in connection with progressive rate of incidence. Manifestations of BPH in the form of lower urinary tract symptoms and erectile dysfunction significantly reduce quality of life, lead to various neurotic disorders of men. Data of foreign authors on interrelation of lower urinary tract symptoms and erectile dysfunction and their influence on cardiovascular system, especially on their early diagnostics, are very interesting and evidential. It gives the chance to apply these recommendations for timely preliminary diagnostics of both states already at primary medical level. It is necessary, considering the most valuable evidential data of sources of literature, to develop measures of timely diagnostics, prevention and complex rehabilitation of patients with BPH.

Keywords: *benign prostatic hyperplasia, quality of life, risk factors, lower urinary tract symptoms, erectile dysfunction, prevention and rehabilitation.*

Түйіндеме

ҚҰЫҚАСТЫ БЕЗІНІҢ ҚАТЕРСІЗ ГИПЕРПЛАЗИЯСЫНЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ - ӘЛЕУМЕТТІК АСПЕКТІЛЕРІ. ӘДЕБИЕТТЕРГЕ ШОЛУ

Асет М. Кусаинов ¹, Толкын А. Булегенов ¹

¹ «Семей Медициналық университеті» ҚеАҚ, Семей қ., Қазақстан Республикасы

Кіріспе. Құықасты безінің қатерсіз гиперплазиясы (ҚБҚГ) 50 жастан асқан ер адамдарда кездесетін барлық аурулардың 40,0%-дан астамын құрайды, бұл жәйт аталған ауру түрін бірінші кезектегі медициналық және әлеуметтік проблемалардың қатарына шығарады. Оған қоса, ДДҰ демографиялық зерттеулері бойынша ғаламшар тұрғындары қартаю үстінде, сәйкесінше, осы ауру түрімен ауыратындар санының өсуі болжанып отыр. ҚБҚГ ер адамдардың өмір сапасын айтарлықтай төмендетеді, бұл зәр шығарудағы түрлі бұзылыстармен, ағзаның жалпы әлсізденуімен, психоэмоционалдық жағдайының өзгеруімен және қозу әрекетінің бұзылуымен байланысты [4,17,21,68].

Статистикалық деректердегі біршама айырмашылықтарға қарамастан, біз бұл аурудың қалай етек жайып алғанын және ерлердің өмір сапасына қалай әсер ететінін, ҚБҚГ салдарынан болған төменгі несеп жолдары симптомдары мен сексуалдық бұзылыстардың науқастың психоэмоционалдық жағдайына қалай әсер ететінін көріп отырмыз. Өмір сапасын жақсарту әдістері ұсынылуда, бұл саладағы қазіргі заманғы жетістіктер туралы ауқымды ақпарат берілуде. ҚБҚГ-ні дер кезінде анықтау үшін және оның алдын алудың, одан сауықтырудың тиімді шараларын ойлап табу үшін аталған аурудың даму қаупін тудыратын факторларды, олардың өзара байланысын тереңірек зерттеу қажет екені анық.

Мақсаты: Қуықасты безінің қатерсіз гиперплазиясының дамуындағы медициналық - әлеуметтік аспектілерге және олардың пациенттердің өмір сапасына тигізетін әсеріне қатысты ғылыми әдебиеттерді жүйелі түрде іздеу.

Іздеу стратегиясы: Ғылыми жарияланымдарды іздеу дәлелді медицинаның дерекқорларында (Elsevier, Web of Science, PubMed, CochraneLibrary), электрондық ғылыми кітапханаларда (CyberLeninka, ТМД елдерінің мерзімді медициналық басылымдарының сайттары) және диссертациялардың электрондық кітапханаларында (dissercat.com, medical-diss.com және басқа) жүргізілді. Барлығы 13530 әдебиет көзі табылды. Автоматты іздеуден және қайталанатын жарияланымдарды шығарып тастағаннан кейін, жарияланымдарды «қолмен» іздеуді жүзеге асырдық, бұл бізге осы шолуға енгізілген 70 әдебиет көзін анықтауға мүмкіндік берді.

Нәтижелері: Қазіргі кезде әдебиеттерде, әсіресе, шетелдік әдебиеттерде ҚБҚГ проблемаларына, оның дамуындағы қауіп факторларына, аталған факторлардың ер азаматтардың өмір сапасына тигізетін әсеріне барынша көп көңіл аударылуда. Және бұл таңқаларлық жағдай емес, өйткені көптеген эпидемиологиялық зерттеулер бойынша ҚБҚГ ер адамдардың ең көп таралған ауруларының бірі болып табылады және әртүрлі авторлардың деректері бойынша, дәрігерге көрінетін ер адамдардың шағымының орта есеппен 29-30%-ын құрайды. Бірақ бұл сандар салыстырмалы екенін айта кету керек. Бірқатар зерттеушілер, оның ішінде шетелдік зерттеушілер баса көрсеткеніндей, ер адамдар әртүрлі себептермен дәрігерге уақытылы қаралмайды, соның салдарынан бұл ауру дер кезінде анықталып отырған жоқ. ҚБҚГ ауруының өсіп отырғанының тағы бір себебі алдын алу шараларының пәрменсіз жүргізілуі, бұл патологияның пайда болуының қауіп факторларын және олардың аурудың асқынуына әсерін жете бағаламау, сол сияқты жалпы болжаудың да дұрыс жүргізілмеуі. Сондықтан қуықалды безінің гиперплазиясының алдын алудың және аталған ауруға шалдыққан пациенттерді сауықтырудың тиімді шараларын жасап шығару қажет.

Қорытындылар: Осылайша, жұмыс жасалған әдебиет көздері бойынша ҚБҚГ проблемаларына қаншалықты көп ғылыми жұмыстардың арналғанын, аталған аурудың қарқынды өсуімен байланысты бұл проблеманың қазір қаншалықты өзекті болып отырғанын көрдік. ҚБҚГ-нің несеп жолдары жұмысының бұзылуы және қозу әрекетінің төмендеуі түріндегі көріністері ер адамдардың өмір сапасын айтарлықтай төмендетеді, әртүрлі невротикалық бұзылыстарға апарып соқтырады. Шетелдік авторлардың төменгі несеп жолдары симптомдары мен қозу әрекетінің бұзылуының өзара байланыстары және олардың жүрек-қантамыр жүйесіне, әсіресе жүрек-қантамыр ауруларының ерте анықталуына әсері туралы деректері өте қызықты әрі дәлелді. Бұл берілген кеңестерді аталған екі жағдайды да дер кезінде, алғашқы дәрігерлік деңгейде анықтау үшін қолдануға мүмкіндік береді. Пайдаланылған әдебиет көздеріндегі құнды дәлелдерді ескере отырып, ҚБҚГ ауруын дер кезінде анықтау, алдын алу және сол ауруға шалдыққан пациенттерді кешенді сауықтыру шараларын әзірлеу қажет.

Түйінді сөздер: қуықасты безінің қатерсіз гиперплазиясы, өмір сапасы, қауіп факторлары, төменгі несеп жолдары симптомдары, қозу әрекетінің бұзылуы, алдын алу және сауықтыру.

Библиографическая ссылка:

Кусаинов А.М., Булегенов Т.А. Медико – социальные аспекты доброкачественной гиперплазии предстательной железы. Обзор литературы // Наука и Здравоохранение. 2019. 3 (Т.21). С. 30-44.

Kussainov A.M., Bulegenov T.A. Medical and social aspects of benign prostatic hyperplasia. Literature review. *Nauka i Zdravookhranenie* [Science & Healthcare]. 2019, (Vol.21) 3, pp. 30-44.

Кусаинов А.М., Булегенов Т.А. Қуықасты безінің қатерсіз гиперплазиясының медициналық - әлеуметтік аспектілері. Әдебиеттерге шолу // Ғылым және Денсаулық сақтау. 2019. 3 (Т.21). Б. 30-44.

Введение. На долю доброкачественной гиперплазии предстательной железы приходится более 40 % от числа всех заболеваний мужчин старше 50 лет. Это выводит данную патологию в ряд первоочередных медицинских и социальных проблем, тем более по демографическим данным ВОЗ население планеты стареет, соответственно прогнозируется рост заболеваемости.

В научных публикациях освещены эпидемиология, основные факторы риска развития ДГПЖ, их оценка и влияние на качество жизни пациентов, хотя иногда эти

данные у различных исследователей несколько противоречивы. Несмотря на некоторые различия статистических данных мы видим, какое широкое распространение имеет это заболевание и какое влияние оказывает на качество жизни мужчин, как симптомы нижних мочевых путей и сексуальные расстройства вследствие ДГПЖ влияют на психоэмоциональное состояние больного. Предлагаются методы улучшения качества жизни, дается обширная информация о современных достижениях в этой области. Таким образом, мы

видим, что здоровье мужского населения требует углубленного и всестороннего изучения факторов риска развития ДГПЖ для своевременной диагностики и разработки организационных мер профилактики и реабилитации пациентов с данной патологией.

Цель: Провести систематический поиск научной литературы, касающейся медико - социальных аспектов развития доброкачественной гиперплазии предстательной железы в современных условиях и ее влияние на качество жизни пациентов.

Стратегия поиска. Поиск научных публикаций проводился в базах данных доказательной медицины (Guidline, Medline, Web of Science, PubMed, CochraneLibrary,) в электронных научных библиотеках CyberLeninka, сайты периодических медицинских изданий стран СНГ), электронных библиотек диссертации (dissercat.com, medical-diss.com и пр.). Всего было найдено 13530 литературных источников, После автоматического поиска и исключения

дублирующихся публикаций, нами был выполнен поиск публикаций «вручную», который позволил выявить 70 литературных источников, включенных в настоящий обзор.

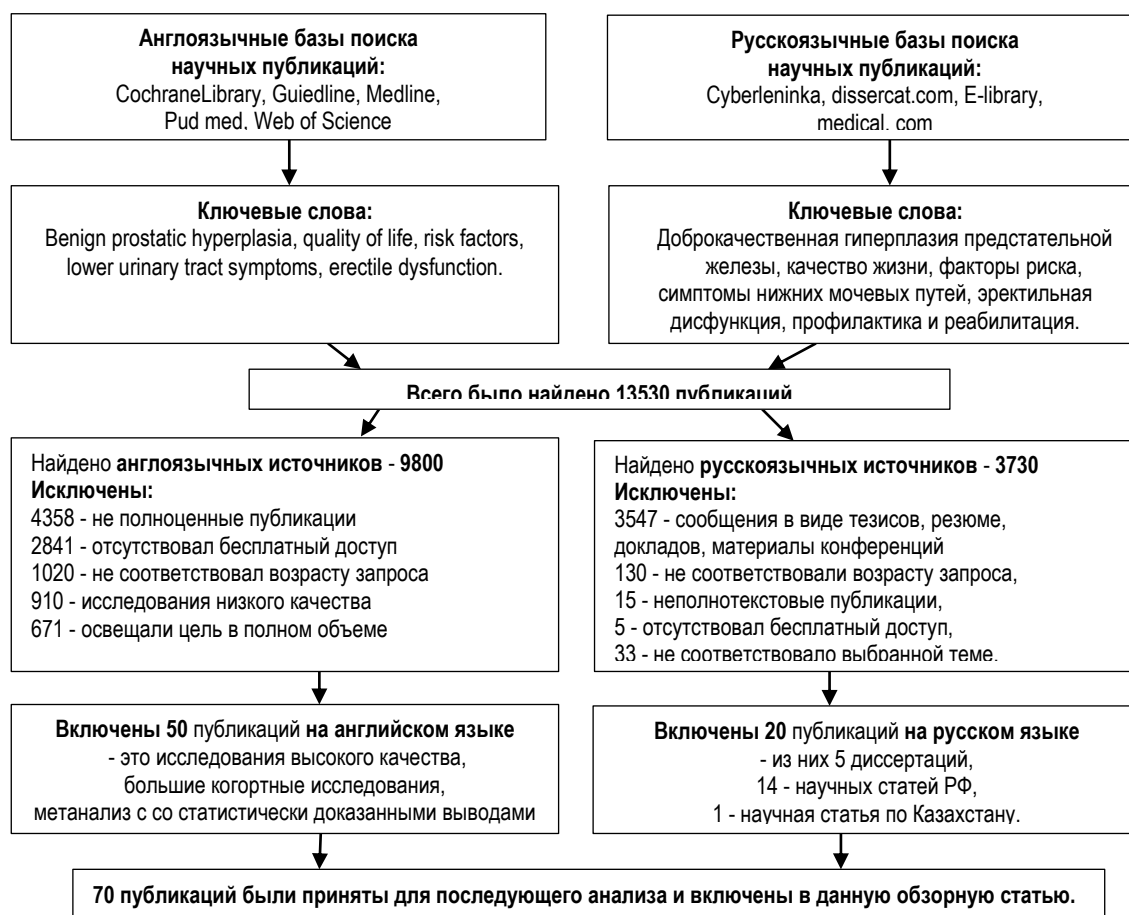
Глубина поиска: 15 лет

Критерии включения: исследования высокого методологического качества; метаанализ, систематический обзор и когортные исследования, а так же публикации с четко сформулированными и статистически доказанными выводами отечественных авторов.

Критерии исключения: резюме тезисов, докладов, дублирующие публикации, личные сообщения, рекламные статьи.

Были использованы ключевые запросы: доброкачественная гиперплазия предстательной железы, качество жизни, факторы риска, симптомы нижних мочевых путей, эректильная дисфункция, профилактика и реабилитация.

Рисунок 1. Алгоритм стратегии поиска.



Результаты исследования.

Эпидемиология

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) – хроническое возраст-ассоциированное прогрессирующее заболевание, характеризующееся увеличением органа в результате увеличения количества его железистых и/или стромальных компонентов, приводящим к появлению и прогрессированию различных симптомов нижних мочевых путей и эректильной дисфункции [2,14].

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) - это наиболее часто встречающаяся патология мочеполовой системы у пожилых мужчин, клинические проявления которого встречаются уже в возрасте 40-50 лет [4,21,5]. Социально-экономическая значимость и актуальность данного заболевания подчеркивается демографическими исследованиями ВОЗ, свидетельствующими о значительном росте населения планеты в возрасте старше 60 лет, темпы которого существенно опережают рост населения

планеты в целом [34,68]. Так по данным ряда авторов в экономически развитых странах Европы и Америки к 2020 году прогнозируется рост числа людей в возрасте старше 60 лет на 60,0 – 200,0% и соответственно увеличение заболеваемости мужского населения болезнями предстательной железы [52]. Ниже приведена таблица Холтгрефа по прогнозируемому росту населения с ДГПЖ в США (в млн.чел), из которой виден закономерный рост количества населения с этой патологией с увеличением возраста. [40].

Прогнозируемый рост населения с ДГПЖ старших возрастных групп в США (в млн.человек) по Holtgrewe H.L. (2000г.)

Год	Возраст > 65 лет	Возраст > 85лет
1890	3	0,13
1930	6	0,27
1960	18	0,90
1990	33	3
2000	37	4
2020	65	6
2050	80	18

По прогнозам российских исследователей предполагается деформация возрастной структуры населения в целом, что выражается в сокращении доли лиц трудоспособного возраста: [5,18].

По данным корейских авторов *JuhyunPark, YangJooLee, Jeong-WooLee*, которые использовали общенациональные данные медицинского страхования за 2007 - 2011г.г., ДГПЖ имеет тенденцию к увеличению. Так, распространенность этого заболевания в 2007 г. составила 468, в 2008 г. - 527, 2009 г. - 606, 2010 г. - 666, 2011 г. - 689 человек на 10000 населения. За 2009 г. всего было зарегистрировано с ДГПЖ 1116549 человек, из них 390767 были впервые выявленные, что составило 34,9%. При этом, пациенты выявлялись не только урологами, но и врачами других специальностей: неврологами, терапевтами (это особенность системы здравоохранения Южной Кореи) [45].

В последнее время возрастает интерес к популяционным эпидемиологическим исследованиям ДГПЖ. Благодаря им можно получить истинное представление о распространенности заболевания среди населения различных возрастных групп по сравнению с программами, основанными на изучении мужчин, которые сами обратились за медицинской помощью[4]. Такие исследования, по мнению *Guess H.A.* имеют важное значение по расширению медицинских знаний по проблеме ДГПЖ. Можно определить возрастную границу между нормальными и патологическими показателями, как симптомы заболевания и другие факторы влияют на решение пациента обратиться за медицинской помощью. Кроме того, можно объективно оценить результативность различных мероприятий и программ по оказанию медицинской помощи населению [44].

Клинические исследования, проведенные на базе кафедры урологии и андрологии АГИУВ в 2010 г. в 9 городах Казахстана (Астана, Алматы, Павлодар, Усть-Каменогорск, Семей, Актобе, Костанай, Шымкент, Караганда) с октября 2010 г. по декабрь 2010 г.,

показали, что ДГПЖ является одним из самых частых заболеваний у мужчин и составляет 29,05% от общей обращаемости мужчин. С увеличением возраста распространенность прогрессивно растет с 26% в возрасте 40-49 лет до 76,8% в возрасте старше 75 лет [4]. Было осмотрено 2643 мужчин, обратившихся в лечебно-профилактические учреждения выше перечисленных городов, проводилось ректальное пальцевое исследование, измерение пульса, артериального давления, ультрасонография (определение объема предстательной железы), а также анкетирование больных по шкале IPSS и определение качества жизни. Кроме того, в этих группах была определена распространенность по объему предстательной железы у мужчин различных возрастных групп. В группе пациентов в возрасте 40-49 лет объем предстательной железы в среднем составил 37,3 см³ и регистрировался у 26 % данной возрастной группы, среди обследованных в возрасте 50-59 лет средний объем простаты был равен 42,3 см³ у 51,2 % мужчин. С возрастом 60 - 69 лет предстательная железа имела 51,3 см³ у 65,2% пациентов, далее объем достигал в среднем 68,2 см³ в возрасте 80-90 лет у 90,4%. Таким образом, с увеличением возраста отмечается рост объема предстательной железы[4].

Наблюдательные исследования в Европе, США и Азии также показали, что пожилой возраст является фактором риска возникновения и прогрессирования клинической ДГПЖ с уровнем распространенности до 50% в возрасте 50 лет и 88% в возрасте старше 80 лет. Более того частота ДГПЖ постоянно увеличивается, ежегодные темпы роста простаты оцениваются в 1.6% [21, 31, 51].

На основе данных Кримпера и Балтиморского продольного исследования старения объем предстательной железы так же увеличивается с возрастом предполагающих, что у пожилых мужчин скорость роста простаты составляет 2,0-2,5% в год [48,52]

По наблюдениям российских исследователей морфологические признаки заболевания встречаются приблизительно у 10-20% мужчин уже в возрасте 40 лет, достигая 90 % к 80 годам [5]. По данным некоторых зарубежных авторов около 50% мужчин старше 50 лет имеют гистологическое доказательство ДГПЖ [51,53,63]. Гистологический диагноз характеризуется микронодулярной гиперплазией, которое перерастает в макроскопическое расширение узла, что в свою очередь приводит к обструкции нижних мочевых путей и значительному ухудшению качества жизни [21].

Таким образом, доброкачественная гиперплазия предстательной железы предстает как важное направление гериатрической практики. Действительно, по данным ВОЗ, население планеты прогрессивно стареет, если в 2000 году лица старше 65 лет составляли 20% населения, то к 2030 году увеличение их числа достигнет 30% [18].

Факторы риска развития симптомов нижних мочевых путей (СНМП) и эректильной дисфункции (ЭД) при ДГПЖ и изучение качества жизни этих больных.

В течение многих лет проблема ДГПЖ остается постоянно актуальной в первую очередь с

преобладанием частоты этого заболевания среди прочей урологической патологии, высоким уровнем заболеваемости и с потерей качества жизни мужчин зрелого и старческого возраста [7, 30,36, 68]. Под качеством жизни пожилого человека понимают не только выраженность симптомов заболевания, но и функциональное, психологическое состояние, его социальную активность, ощущение собственного здоровья, физического, психического благополучия и удовлетворенность всеми сторонами жизни. В настоящее время качество жизни является одним из основных критериев определения эффективности лечения [13,46].

Симптомы нижних мочевых путей и сексуальные расстройства при ДГПЖ существенно ухудшают состояние психического здоровья [30,36]. В ходе проведения исследований российских авторов у 310 больных были выявлены невротические расстройства: у 53,8% пациентов имелся неврастенический синдром, у 30% - субдепрессивный синдром, у 16,2% - ипохондрический [9,18]. Не случайно в Южной Кореи пациенты с ДГПЖ обращаются и выявляются наряду с врачами урологами и у неврологов [45]. Например, при проведении лекарственной терапии антидепрессантами, транквилизаторами было отмечено значительное улучшение состояния, хотя урологические показатели не изменились, но, тем не менее, повысилось качество жизни, повысился положительный настрой на лечение. Это говорит о том, что воздействуя на психическое состояние больного, улучшают качество жизни [16].

По данным польских авторов, которые провели опрос 4035 мужчин с диагнозом ДГПЖ по всей Польше с ноября 2012 г. по июнь 2013 г., депрессивные симптомы были обнаружены легкие - у 22,4%, умеренные у 20,8%, тяжелые у 1,6 % обследованных мужчин. Анкеты включали такие данные, как возраст (старше 40 лет), уровень образования, семейное положение, источник доходов, антропометрические измерения, данные образа жизни, длительность ДГПЖ, проведенная фармакотерапия, оперативные вмешательства, сопутствующие заболевания. Урологами из специализированных поликлиник проведено обследование (ректальное пальцевое исследование, ультразвуковое исследование предстательной железы), депрессивные симптомы оценивались на основе международного балла по симптомам простаты (IPSS). При этом статистический анализ показал, что возникновение и степень тяжести депрессивных симптомов связаны более старшим возрастом, более низким уровнем образования, одиноким семейным положением, малоподвижным образом жизни, длительной фармакотерапией, сопутствующими заболеваниями. Таким образом, распространенность депрессивных симптомов у пациентов с диагнозом ДГПЖ связана с тяжестью эректильной дисфункцией, никтурией, фармакотерапией ДГПЖ, малоподвижным образом жизни и сопутствующими заболеваниями [59].

Вместе с тем, при исследованиях по данной теме международной исследовательской организацией во Франции при поддержке французской урологической

ассоциацией и французским консорциумом фармацевтической компании, занимающейся лечением ДГПЖ - статистика другая. Проведен опрос 3877 мужчин в возрасте от 50 до 80 лет по всей стране (анкеты-вопросники рассылались по почте) который включал вопросы демографической характеристики участников, вопросы дискомфорта, состоянием качества жизни респондента, спровоцированных расстройством мочеиспускания. Ответы получены у 3158 респондентов - 81,5%. Распространенность мужчин с легкими СНМП составила 88%, умеренных (никтурия, неполное опорожнение мочевого пузыря, слабый поток струи и т.п.) и в связи с этим проявления дискомфорта и ухудшение сексуальной активности и соответственно качества жизни, составила по шкале IPSS 10,7%, тяжелых 1,2% [38].

Несмотря на тот факт, что ДГПЖ не угрожает жизни, проявления этого заболевания в виде симптомов нарушения функций нижних мочевых путей существенно снижают качество жизни пациентов [36]. Кроме того, больные с выраженной симптоматикой нарушений функций мочеполовых путей отмечают в 4-6 раз чаще отрицательное влияние заболевания на качество жизни, чем пациенты, у которых симптомы эти менее выражены [22]. Национальный институт здравоохранения и клинического совершенства [58] подразделяют симптомы нижних мочевых путей (СНМП) на симптомы хранения, опорожнения мочи и постмикционные симптомы. Симптомы опорожнения включают слабый и прерывистый мочевой поток, затрудненное мочеиспускание, неполное опорожнение (обструктивные симптомы, связанные со сдавлением шейки мочевого пузыря и уретры, увеличенной предстательной железой). Симптомы хранения включают urgentное и учащенное мочеиспускание, никтурию (ирритативные симптомы, обусловленные изменениями функции детрузора, сфинктера мочевого пузыря). Постмикционные симптомы возникают после акта мочеиспускания и в основном проявляется виде подтекания мочи (постмикционный дриблинг) и считается самым беспокоящим симптомом нижних мочевыводящих путей [58]. Хотя СНМП обычно не вызывают тяжелых заболеваний, они могут значительно снизить качество жизни мужчин и могут указывать на серьезную патологию мочеполового тракта [36, 58, 67].

Российские ученые при анализе различных факторов, влияющие на качество жизни больных, имеющих нарушения функций нижних мочевых путей, получили следующие данные: 71,0% пациентов отмечают боязнь рака простаты, 66,0% - ухудшение сексуальных отношений и страх перед оперативным вмешательством, 42,0% испытывают усталость из-за пробуждения ночью. Также практически все пациенты (91,0%) указывают на беспокойство из-за появления еще одного возрастного симптома [18]. Они же приводят данные, что с характерными для ДГПЖ симптомами нарушений функций нижних мочевых путей обращаются 30% больных старше 65 лет. При этом из общего числа обращений в течение года 88,0% приходится на регистрацию хронических заболеваний и только 11,4% на впервые выявленные, что очередной

раз говорит о несвоевременной диагностике этого заболевания [18]. Нужно сказать, что эта статистика относительна, английскими авторами приводятся следующие данные. Почти 2/3 мужчин, имевших нарушения акта мочеиспускания, к врачам не обращались и не обследовались. Причинами были разные: 45,0% - страх перед оперативным вмешательством или обнаружения рака простаты, 29,0% - недостаточной выраженностью симптомов, 14,0% считали, что эти симптомы характерны для возраста, остальные 12,0% ссылались на чувство стыда и другие причины. [66]. По данным *Шикова С. М.* большой интерес представляет распределение респондентов по срокам обращения к врачу. Из них 39,2% больных ДГПЖ обратились сразу при появлении симптомов заболевания, 11,5% в течение 1- 6 месяцев, 9,2% - 6 -12 месяцев, 4,6 % в сроки от 1 до 2-х лет [20].

Значительное негативное влияние на качество жизни мужчин, страдающих ДГПЖ, оказывает эректильная дисфункция, снижение сексуальной активности. Эректильная дисфункция снижает самооценку и оказывает негативное влияние на партнерские отношения, которые ведут к развитию симптомов депрессии [26,30,34,59].

По данным ВОЗ в ближайшие 25 лет увеличится число пожилых людей старше 65 лет в 3 раза, у них возрастет ряд заболеваний, одним из которых будет эректильная дисфункция. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы является одной из основных причин эректильной дисфункции и серьезно снижает качество жизни. Эректильная дисфункция, определенная как неспособность поддерживать и достигать половой акт для удовлетворительного общения половых партнеров [41], имеет высокую распространенность в мире, увеличивающаяся с возрастом [69]. Эпидемиологические исследования показали рост распространенности с возрастом: моложе 40 лет - 2- 9%, старше 80 лет - 18-86% [34].

В Кельском (Германия 2000г.) обследовании мужчин общая распространенность ЭД составила 19,2% в возрастной группе 30-39 лет, с увеличением до 53% в возрастной группе 70-80 лет [27]. В исследовании *UrErik* общая распространенность ЭД составила 21,0% со статистически значимым линейным увеличением с возрастом [26]. Хотя ЭД не угрожает жизни, она может быть предвестником более серьезных состояний, как ишемическая болезнь сердца, особенно, когда она возникает в более молодом возрасте [42].

Кроме того, по литературным данным русскоязычных и англоязычных авторов ЭД возникают и после оперативных вмешательств, даже при трансуретральной резекции (ТУР) предстательной железы. ТУР простаты считается золотым стандартом хирургического лечения ДГПЖ. Показания к оперативному лечению (ТУР) это ухудшение функции почек, рецидивирующие инфекции мочевыводящих путей, грубая гематурия, хроническая задержка мочи, неэффективность медикаментозного лечения. В большом ретроспективном исследовании, оценивающим 3885 мужчин после операции ТУР, частота импотенции составила 13,0 %, причем высокий уровень ЭД был зарегистрирован в ближайшем

послеоперационном периоде (35,0%), через 3 месяца значительно снизилось до 8,0% и можно ожидать, что эректильная функция будет улучшаться непрерывно с течением времени. Трансуретральная хирургия приводит к ретроградной эякуляции, потому что существует неизбежное повреждение гладкой мускулатуры шейки мочевого пузыря, которая обычно действует как генитальсфинктер [12, 25,33,39].

В отношении влияния медикаментозной терапии на симптомы нижних мочевых путей вследствие ДГПЖ - она улучшает симптомы, уменьшает тревогу и беспокойство. Современные лекарственные препараты (а-адреноблокаторы и ингибиторы 5-альфа-редуктазы) исследователи считают, что они приводят к расслаблению гладкой мускулатуры предстательной железы и возможно шейки мочевого пузыря и улучшают эректильную функцию [57]. Но некоторые авторы указывают на то, что вызывая меньше побочных эффектов, тем не менее они имеют и побочные сексуальные эффекты, нарушение эрекции. Так, например, использование ингибиторов 5-альфа редуктазы может быть причиной эректильных дисфункций [55].

В течение последнего десятилетия была выявлена связь между возникновением симптомов нарушения мочевых путей, связанных с ДГПЖ и сексуальной дисфункцией, снижением удовлетворенности сексуальной жизнью [26,30,34,47]. У мужчин с тяжелыми СНМП риск эякуляции и эректильной дисфункции удваивается, а риск болезненного семяизвержения в 6 раз выше, чем у мужчин без СНМП [28]. Причем многие крупные многомерные исследования доказывают связь между ЭД и симптомами нижних мочевых путей, обусловленными доброкачественной гиперплазией предстательной железы. Несмотря на различие конструкции, у них задействованы несколько общих патофизиологических механизмов. Выводы этих исследований: общинные и клинические демонстрируют тесную и последовательную связь между СНМП и ЭД, что предполагает, что пожилые мужчины с симптомами нижних мочевых путей должны оцениваться на предмет сексуальных дисфункций и наоборот [33,47].

Несмотря на обилие литературы в отношении связи СНМП и ЭД, отсутствует понимание этой связи, как в первичной, так и во вторичной медицинской помощи. Например, в Великобритании в кратком обзоре сервисов для информирования врачей, клинических информационных системах, хотя и упоминается о ЭД, но никаких рекомендаций по диагностике не приведены [29]. Аналогичным образом, в недавних руководствах NICE есть упоминание об ассоциации СНМП и ЭД, но нет конструктивных рекомендаций. [58]. В алгоритмах диагностики и лечения пациентов с СНМП есть упоминания о том, что нужно спрашивать о сексуальной функции, но нет упоминания о СНМП в алгоритмах по ЭД [54].

Есть исследования американских авторов, что пожилые мужчины старше 60 лет с умеренной никтурией были более склонны к смерти, чем пожилые без умеренной никтурии, даже после поправки на ИМТ, ИБС. У мужчин моложе 60 лет с умеренной никтурией

вероятность развития ИБС в более позднем периоде была выше, чем у таких мужчин без никтурии (наблюдались 2447 мужчин в течении 17 лет). Отсюда, были сделаны выводы, что никтурия (СНМП) может быть маркером повышенного риска ИБС у молодых мужчин и смерти у пожилых мужчин [50]. Это подтверждают и другие авторы, что значительная часть мужчин сЭД проявляет ранние признаки ИБС, временной интервал между появлением симптомов ЭД и появлением симптомов ИБС и сердечно-сосудистых событий оценивается в 2-3 года. ЭД ассоциируется с повышенной смертностью от всех причин, прежде всего смертности от сердечно-сосудистых заболеваний [43].

Предлагается, чтобы пациенты, обращающиеся за консультацией по одному состоянию, всегда проверялись на другое состояние. Медицинские, социально-демографические и жизненные факторы риска могут помочь в постановке диагноза и должны учитываться в ходе первичной консультации. Таким образом, осведомленность о факторах риска может предупредить врачей о пациентах с риском ЭД и СНМП, может помочь уменьшить риск последующих сердечно-сосудистых заболеваний и связанной с этим ранней смерти. Врачи, столкнувшиеся с пациентом сЭД и СНМП, должны учитывать возможность того, что у пациента может быть гипертония, дислипидемия, сахарный диабет 2 типа и наоборот. Важно отметить, что диагностика ЭД может быть предсказательной для ИБС. В результате выявления ЭД, особенно у лиц моложе 60 лет и у лиц с диабетом, может стать важным шагом на пути выявления и снижения сердечно-сосудистого риска [47].

Хотя врачи знают о симптомах нижних мочевых путей и эректильной дисфункции, знаний о том, что между ними есть связь, зачастую не хватает. Это приводит к упущенным возможностям диагностики и лечения этих состояний, и рассмотрения потенциально серьезных сопутствующих заболеваний (ИБС, гипертония, диабет, метаболический синдром). Поэтому врачи первичной помощи должны тесно сотрудничать с урологами, кардиологами, эндокринологами, при первом контакте с пациентами с ЭД и СНМП нужно спрашивать о симптомах обоих состояний. Есть явные доказательства того, что эффективное лечение одного состояния может улучшить другое [47].

Возвращаясь к факторам риска ДГПЖ - к установленным факторам риска развития относятся возраст, об этом свидетельствуют все эпидемиологические исследования. Считают, что с возрастом имеется не нормальное функциональное состояние яичек, снижение количества тестостерона в сыворотке крови и образование эстрадиола, повышение уровня эстрогенов приводит к усилению процессов пролиферации соединительной ткани предстательной железы [5,17,51,68].

Не меньшее значение имеет воспаление в развитии и прогрессирования ДГПЖ, о чем свидетельствует связь между ДГПЖ и гистологическим воспалением в образцах, полученных при биопсии простаты. На это указывает также наличие Т и В - лимфоцитов и макрофагов в строме предстательной железы, а также повышенный С-реактивный белок в сыворотке крови

больных с СНМП средней и тяжелой степени, чем у мужчин СНМП легкой степени или без них [5,51,65]. Существуют исследования, которые предоставляют корреляцию частоты воспаления с объемом ДГПЖ: 29,9%, 37,3 % и 50% воспаления при объеме железы 40-49, 50-59, 60-69 см³ соответственно. Но основные причины воспаления предстательной железы остаются неясными, хотя существуют несколько гипотез (ответ на повреждение ткани из-за инфекции, аутоиммунный ответ и т.п.) [5].

Усугубляет развитие заболевания гиподинамия современных мужчин (провоцирует застой крови в малом кругу). Повышенная физическая активность и физические упражнения были последовательно связаны с уменьшением риска хирургического лечения ДГПЖ и СНМП. Метаанализ 11 опубликованных исследований показал, что физическая активность от умеренной до сильной снижает риск гиперплазии простаты на 25% по сравнению с сидячим образом жизни [5,32].

Питание также может влиять на риск развития ДГПЖ, о чем говорят некоторые исследования. Избыточное потребление животных жиров, содержащих насыщенные жирные кислоты, которые приводят к структурным изменениям фосфолипидов мембран клеток. Риск повышался при потреблении продуктов, содержащих большое количество жира, мучных изделий, некоторые исследования подтверждают, что красное мясо также повышает риск развития гиперплазии простаты. Наоборот, некоторые продукты (овощи, соевые продукты, растительные волокна, зеленый чай) уменьшают риск возникновения болезней предстательной железы. [5,49,51]. Это подтверждают и американские авторы, которые в 2013-2014 г.г. проанализировали и обобщили обширную литературу с клиническими доказательствами. Выводы: есть прямая связь между здоровым питанием и регулярной физической активностью и снижением прогрессирования симптомов нижних мочевых путей, снижением факторов риска гиперплазии предстательной железы, связь сердечно-сосудистых заболеваний, диабета и ожирения[60].

Многочисленными исследованиями доказано, что ДГПЖ очень часто встречается у больных с артериальной гипертонией, ишемической болезнью сердца, метаболическим синдромом и сахарным диабетом, ожирением, что указывает на общность причин их развития [5,51,68].

На сегодняшний день накопился большой научно-практический материал, свидетельствующий о важной роли гормональных и метаболических факторов (возрастной дефицит половых гормонов и витамина D, метаболический синдром, ожирение, дислипидемия, эндотелиальная дисфункция, атеросклероз), вызывающих хроническое неуклонное прогрессирование ДГПЖ, в случае отсутствия их своевременной коррекции [8, 31,35,37, 70].

В настоящее время считается доказанным патогенетическая связь между ДГПЖ и метаболическим синдромом (МС). Этот факт нашел подтверждение в мета-анализе, опубликованном в 2015 г. [34]. У

большинства людей с МС выявляется снижение уровня тестостерона в крови, у них чаще диагностируется ДГПЖ, выявляется более значительное увеличение предстательной железы, более быстрое прогрессирование гиперплазии, более быстрое ухудшение состояния мочеиспускания по сравнению с пациентами аналогичного возраста без МС. Следовательно, возрастной андрогенный дефицит может рассматриваться как один из узловых патофизиологических механизмов осуществления негативного влияния элементов метаболического синдрома на предстательную железу. [19].

Исследования на животных доказали связь атеросклероза и хронической ишемии мочевого пузыря и простаты как важных патогенетических факторов СНМП [23,24]. Гиперхолестеринемия и атеросклероз посредством ишемии индуцируют повреждение гладкой мышцы детрузора, многие отмечают положительную связь между уровнем тестостерона и липопротеинами высокой плотности (ЛПВП) и отрицательными между содержанием в сыворотке крови общего холестерина и липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) [10].

В Балтиморском исследовании каждое увеличение индекса массы тела (ИМТ) соответствует увеличению объема простаты, у участников с ожирением ИМТ более 35 кг/м² риск увеличения предстательной железы был в 3,5 раза выше по сравнению с участниками без ожирения (ИМТ менее 25). Считают, что ожирение связано с большим размером простаты, предсказывает будущий рост простаты и непосредственно связано с симптомами мочевыводящих путей и их осложнениями. Ожирение предсказывает более слабую реакцию на стандартные методы лечения СНМП и их последствий [61].

Сердечно-сосудистая патология занимает сегодня ведущее место среди причин заболеваемости и смертности, при этом распространенность этих заболеваний выше, чем у женщин, летальность также существенно выше у мужчин. Существует ряд исследований, показывающих четкую взаимосвязь пола, гормонального статуса и развития кардиоваскулярной патологии [Елина, Кирби, Lightner DJ].

Кроме того, неблагоприятными факторами, оказывающими влияние на здоровье мужчин, являются неудовлетворительные семейные отношения, наличие вредных привычек (курение, алкоголь). Есть мнение, что алкоголь оказывает токсическое действие на яички, усугубляя гипогонадизм [10]. Другие считают, что умеренное употребление алкоголя защищает от множественных последствий, связанных с ДГПЖ, т.е. данные противоречивы [62].

По ряду исследований, эректильные дисфункции, связанные с ДГПЖ имели большую распространенность в Юго-Восточной и Восточной Азии, чем в Европе, Америке и Ближнем Востоке (из материалов Четвертой Международной консультации по сексуальной медицине в 2015 г.) По данным исследований ученых из Китая с 2010 г. по 2013 г. ЭД у китайских мужчин в 30 провинциях составила 78,0% в среднем, начиная от 55,3% до 91,0% соответственно возрастной группе 40-49 лет, 50-59 лет и выше. Интересно, что низкая

распространенность наблюдалась у субъектов из двух меньшинств Чжуан и мусульман [69].

По другим данным раса, национальность не являются факторами риска. Наблюдательные исследования чернокожих, азиатских и белых мужчин в США не выявили различия в клиническом риске ДГПЖ [64].

Нельзя недооценивать роль генетических факторов. По данным Кок Бин Лим (2017) имеется генетическая связь, анализ методом «случай-контроль» показал, что у родственников мужского пола мужчин в возрасте до 64 лет, перенесших операцию по поводу ДГПЖ, возрастали риски для операции по этому заболеванию в 4 раза. Эти исследователи также подсчитали, что у 50,0% мужчин в возрасте до 60 лет, перенесших операцию по поводу ДГПЖ, была наследственная форма заболевания. Но в последующем было обнаружено, что наследственное заболевание связано с большим объемом простаты и более молодым возрастом по сравнению со sporadической ДГПЖ [51].

Некоторые исследования определяли связь между циррозом печени и ДГПЖ, особенно высокая частота ДГПЖ при циррозе печени была обнаружена при аутопсийных исследованиях [5].

Таким образом сегодня следует понимать, что ДГПЖ не только профильная урологическая проблема, но и системное гормонально-метаболическое заболевание, имеющее общие патогенетические механизмы с ожирением, метаболическим синдромом, возрастным андрогенодефицитом, системным хроническим воспалением и атеросклерозом.

Изучение факторов риска развития ДГПЖ и их влияние позволяет на ранней стадии предболезни активно устранять эти факторы риска и тем самым снижать заболеваемость. Учитывая все выше сказанное можно разработать модель комплексной реабилитации больных с ДГПЖ и меры профилактических мероприятий СНМП и ЭД, возникающих при ДГПЖ.

Вопросы профилактики и комплексной реабилитации больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы.

Вопросы профилактики и реабилитации больных имеют большое медико-социальное значение. О значимости ДГПЖ и вопросов его профилактики говорит и тот факт, что еще в 1991 г. ВОЗ образовал международный согласительный комитет по вопросам лечения данной патологии. В нем были разработаны 4 вида стратегии лечения:

первая - динамическое наблюдение пациентов с легкой формой заболевания;

вторая - медикаментозная терапия для больных с более выраженными нарушениями СНМП,

третья - для пациентов, нуждающихся в минимальных инвазивных методах лечения,

четвертая - для пациентов, которым показано оперативное лечение. [1]

Медико-социальная реабилитация пациентов с доброкачественной гиперплазией простаты включают проведение медицинских, социальных и психологических мероприятий.

Медицинская - это хирургические методы лечения и медикаментозное.

К социальным мероприятиям можно отнести государственный гарантированный объем бесплатной медицинской помощи на амбулаторно-поликлиническом и стационарном этапах, улучшение условий труда и быта на производствах.

Психологическая реабилитация – это восстановление психического здоровья пациента путем организации психологической коррекции, поддержки и помощи. [15].

Частично вопросы профилактики и реабилитации ДГПЖ освещены в диссертационных работах *Елиной Ю.А.* Автор отмечает, что существующая система профилактики оказалась неэффективной (на примере Новгородской области) вследствие того, что ограничены возможности раннего выявления заболеваний, неудовлетворительное качество профилактических осмотров, малоэффективная диспансеризация. Она предлагает создать Центры здоровья, которые позволяют активизировать обращения самого населения в поликлинику. В эти центры можно обратиться за консультацией, пройти первичную диагностику, определить факторы риска, получить рекомендации по ведению здорового образа жизни, овладению санитарно-гигиеническими навыками и знаниями [5].

С целью реализации первичной профилактики можно организовывать публичные лекции на предприятиях, где в основном работает мужской контингент, беседы с пациентами на приеме у врача, выступления в печати и на телевидении. Кроме того, можно рекомендовать привлечь к этой работе социальных работников. В настоящее время во всех лечебно-профилактических учреждениях введены штаты социальных работников, которые должны работать с пациентами пожилого и старческого возраста, оказывать социальную помощь и помогать участковому врачу. Можно разработать специальные опросники и анкеты для выявления факторов риска ДГПЖ, выявления симптомов нижних мочевых путей, далее организовать преемственность в их работе с врачами общей практики и врачом урологом этой медицинской организации.

По профилактике доброкачественной гиперплазии предстательной железы можно разработать и ввести целый комплекс мер, касающихся всех разделов. Это, прежде всего, профилактические осмотры на предприятиях, с преимущественным мужским контингентом работающих для выявления СНМП и связанных с ними ЭД [3].

Надо отметить, что периодические профилактические осмотры проводились и раньше, но не уделялось особого внимания урологической патологии. В основном акцентировалось на выявлении болезней сердечно-сосудистой системы и органов дыхания. Даже при формировании бригады врачей для профилактических осмотров функции врача - уролога делегируют хирургу. Необходимо поставить профилактические осмотры на более качественный уровень, нацелить врачей общей практики и

специалистов на выявление урологической патологии, создание условий работы.

Выявление ДГПЖ по обращаемости - во всех лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) имеются смотровые кабинеты, куда до приема врача направляются первичные пациенты. Специально обученный средний медицинский персонал осматривают кожные покровы, пальпируют периферические лимфоузлы, у женщин осматривают молочные железы, у мужчин проводят пальцевое исследование прямой кишки. Данные заносятся в компьютер в амбулаторную карту (в связи с всеобщей цифровизацией делается в электронном варианте). Рекомендовать ввести в эти формы клише - жалобы на симптомы нижних мочевых путей и данные ректального осмотра в отношении предстательной железы. Но это требует организации, согласования с администрацией и органами здравоохранения.

«Треть потери здоровья мужского населения от заболеваемости доброкачественной гиперплазией предстательной железы можно предотвратить при помощи проведения мероприятий первичной профилактики силами амбулаторно-поликлинического звена, повышения качества стационарного лечения, территориальной и экономической доступностью медицинской помощи» [17].

Вторичная профилактика это динамическое наблюдение пациентов с верифицированным диагнозом, диспансеризация больных в амбулаторно-поликлинических учреждениях для предупреждений обострения, замедление прогрессирования гиперплазии простаты и профилактики осложнений. Необходимо добиваться 100% охвата больных ДГПЖ диспансерным наблюдением у врача уролога, обучать врачей и средних медицинских работников мерам первичной профилактики данного заболевания [1]. Вторичная профилактика должна включать повышение качества жизни пациентов, поскольку мы видим, что страдает в основном психическая сфера жизни мужчин. Для этого необходимо привлекать к этому психологов (они имеются сейчас в штатах каждого лечебно-профилактического учреждения первичного звена) [15]. Также вторичная профилактика включает и диспансеризацию послеоперационных больных для профилактики поздних осложнений, реабилитация таких больных должна начинаться уже в дооперационном периоде, надо предвидеть ранние и поздние послеоперационные осложнения. Диспансеризация на поликлиническом этапе это прерогатива врачей общей практики и врачей урологов, урологов-андрологов ЛПУ. Больные, состоящие на диспансерном учете, в т.ч. и послеоперационные, должны получать противорецидивное медикаментозное лечение: а-адреноблокаторы, ингибиторы 5α-редуктазы, фитотерапевтические препараты, которые замедляют прогрессирование гиперплазии предстательной железы. Но надо учитывать и побочные действие этих препаратов и назначать дифференцировано в зависимости от степени гиперплазии, сопутствующей патологии, возраста [21].

Обсуждение результатов. Результаты многочисленных научных исследований убедительно

подтверждают, актуальность проблемы ДГПЖ в связи с распространенностью и прогрессивным ростом заболевания, что здоровье мужского населения требует всестороннего анализа образа их жизни, оценки влияния факторов риска развития и принятия эффективных мер профилактики и реабилитации пациентов, улучшению качества их жизни с данной патологией. Имеются исследования англоязычных авторов [30,33,47,50], которые приводят доказательные, масштабные исследования и длительные наблюдения (в течении 17 лет) о связи симптомов нижних мочевых путей и эректильной дисфункции и об их влиянии на риск развития сердечно-сосудистых заболеваний, в частности ишемической болезни сердца, что очень важно для совместной диагностики обоих заболеваний. Таким образом, можно считать, что исследования по ДГПЖ выходят на более высокий уровень.

Несмотря на обилие литературы и иногда противоречивые данные, несмотря на современные достижения клинической медицины, создается мнение, что нет практически своевременной диагностики ДГПЖ, слабо развиты мероприятия или целенаправленные программы по профилактике этого заболевания, как например программы по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. Конечно, никто не оспаривает важность и актуальность болезней системы кровообращения (БСК). Но учитывая, что на долю ДГПЖ по средним статистическим данным приходится более 40,0% от числа всех болезней мужчин старше 50 лет понимаешь, как актуальна и своевременна организация лечебно-профилактической помощи и путей совершенствования профилактики ДГПЖ и способов реабилитации данных больных.

Заключение

Таким образом, по данным обзора научных источников видно, насколько много публикаций посвящены проблемам доброкачественной гиперплазии предстательной железы. Насколько актуальна она, т.к. имеет прогрессивную тенденцию к росту заболеваемости в связи со старением населения на планете, усугублению факторов риска развития этого заболевания. Проявления ДГПЖ в виде симптомов нарушения функций нижних мочевых путей и эректильных дисфункций существенно снижают качество жизни, ведет к различным невротическим расстройствам мужчин. Очень интересны данные зарубежных авторов о взаимосвязи симптомов нижних мочевых путей и эректильной дисфункций для ранней диагностики таких серьезных заболеваний как ИБС, метаболический синдром и диабет. Это дает возможность применить данные рекомендации для своевременной предварительной диагностики обоих состояний уже на первичном врачебном уровне, далее верификации диагноза у профильных специалистов.

Необходимо, учитывая данные литературных источников, совершенствовать меры своевременной диагностики, организации профилактики и комплексной реабилитации пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы.

Литература:

1. Абдурахманов А.К. Медико-социальные факторы и первичная профилактика доброкачественной гиперплазии предстательной железы. Дис...канд.мед.наук. 2009г. 260с.
2. Аляева Ю.Г. Болезни предстательной железы // ГЭОТАР-Медиа.2009. 240 с.
3. Гиgiaдзе О.В. Реабилитация больных доброкачественной гиперплазией после хирургического лечения. дисс. ...д-ра мед. наук. 2006. 136с.
4. Досхожаев Б.К. Эпидемиология доброкачественной гиперплазии предстательной железы в популяции мужчин старше 40 лет в Республике Казахстан // Вестник АГИУВ. 2012. №2. С. 676-70.
5. Елина Ю.А. Медико-социальная характеристика больных с заболеваниями предстательной железы и организационные основы профилактики. Дисс... канд.мед.наук. 2012г. 152с.
6. Измайлов Р.И. Оптимизация лечения больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы больших размеров: дисс... канд.мед. наук . 2010. 139 с.
7. Калинина С.Н., Бурлака О.О., Александров М.С. Диагностика и лечение симптомов нижних мочевых путей и эректильной дисфункции у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы // Урологические ведомости. 2018. Т 8.№1.С.26-33.
8. Калинин С.Ю., Тюзиков И.А. Заболевания предстательной железы и метаболический синдром: новая патогенетическая концепция (литературный обзор) // Медицинский алфавит. Больница. 2011. № 4. С. 38–43.
9. Камаев И.А. Актуальные проблемы медико-социальной помощи населению старших возрастных групп // Общественное здоровье и здравоохранение. Избранные лекции / Нижний Новгород. 2010. 165с.
10. Курпатовский В.И., Фролова Е.В., Надточий О.Н. и др. Андрогенный дефицит и прогрессирование доброкачественной гиперплазии предстательной железы у больных с метаболическим синдромом: нет ли противоречия? // Андрология и генитальная хирургия.2017.№3. том18. С.10-18.
11. Корнеев И.А. Алексеева Т.А., Аль-Шукри С.Х. Симптомы нижних мочевых путей у мужчин Северо-Западного региона Российской Федерации: анализ результатов популяционного исследования // Урологические ведомости .2016. Т.6. №1. С.5-9.
12. Кызласов П.С., Мартов А.Г., Попов С.В. Эректильная дисфункция после трансуретральной хирургии при доброкачественной гиперплазии предстательной железы // Вестник ВолгГМУ. 2017г. Выпуск 3(63). С.10-15.
13. Латышева В.Я., Аничкин В.В., Карнович Е.В. Оценка качества жизни больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы // Проблемы здоровья и экологии. Беларусь. 2006. №1(7). С.142-148.
14. Лопаткина Н.А.. Урология. Национальное руководство // ГЭОТАР-Медиа. 2009. 1024 с.
15. Панович А.А. Организационные аспекты восстановительного лечения мужчин с

доброкачественной гиперплазией предстательной железы. дис...канд. мед. наук. 2014г. 152с.

16. Пушкарь Д.Ю., Раснер И.П. Нарушение мочеиспускания и сексуальной функции у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы // Врач. 2008. №6. С.34-38.

17. Севрюков Ф.А. Комплексные медико-социальные и клиничко-экономические аспекты профилактики и лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы: дисс. ...д-ра мед.наук. 2012. 352с.

18. Севрюков Ф.А., Камаев И.А., Гриб М.Н. Факторы риска и качество жизни больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. №3. 2011 г. С. 48-51.

19. Тюзиков И.А., Братчиков О.И., Михайлов Д.В. Роль возрастного андрогенодефицита в патогенезе аденомы предстательной железы // Тихоокеанский медицинский журнал. 2016. №1.С.14-18.

20. Шиков С.М. Медико-социальная характеристика больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы и организация специализированной медицинской помощи в современных условиях. Дисс... канд. мед.наук. 2005г. 192с.

21. Albinini Simone, Fouad Aoun, Thierry Roumeguere, Francesco Porpiglia, Andrea Tubaro. New treatment strategies for benign prostatic hyperplasia in the frail elderly population: a systematic review // Minerva Urologica e Nefrologica. 2017. April. 69(2). pp.19-32. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27681493> (Дата обращения: 2.01.19).

22. Alcaraz A., Carballido-Rodriguez J. Quality of Life in patients with lower urinary tract symptoms associated with BPH: change over time in real-life practice according to treatment- the Qualiprost study // Int Urol Nephrol. 2016. May. 48(5). Pp.645-56. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26810324> (Дата обращения: 5.01.19).

23. Almasri A.M., Ratz P.H., Bhatia H. et al. Rhythmic contraction generates adjustable passive stiffness in rabbit detrusor // J. Appl. Physiol. 2010. Vol. 108. P. 544–553. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3774559/> (Дата обращения: 28.01.19).

24. Ansari M.A., Begum D., Islam F. Serum sex steroids, gonadotrophins and sex hormonebinding globulin in prostatic hyperplasia // Ann. Saudi. Med. 2008. Vol. 28. P. 174–178. (Дата обращения: 28.01.19).

25. Bouza C., Lopez T., Magro A., Navalpotro L., Amate J.M. Systematic review and meta-analysis of transurethral needle ablation in symptomatic benign prostatic hyperplasia // BMC Urol. 2006.6:14. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16790044> (Дата обращения: 3.01.19).

26. Boyle P., Robertson C., Mazzetta C. et al. The association between lower urinary tract symptoms and erectile dysfunction in four centres // the Ur Epik study. BJU Int 2003. 92.pp. 719–25. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14616454> (Дата обращения: 2.01.19).

27. Braun M., Wassmer G., Klotz T. et al. Epidemiology of erectile dysfunction: results of the 'Cologne Male Survey' // Int J Impot Res. 2000. 12.pp.305–11.

28. Brookes S.T., Link C.L., Donovan J.L.,McKinlay J.B. Relationship between lower urinary tract symptoms and erectile dysfunction: results from the Boston Area Community Health Survey // J.Urol. 2008. 179. pp.250-255. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18001787> (Дата обращения: 9.02.19).

29. Chitale S., Collins R., Hull S., Smith E., Irving S. Is the current practice providing an integrated approach to the management of LUTS and ED in primary care // An audit and literature review. J Sex Med. 2007. 4.pp. 1713–25. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17908234> (Дата обращения: 30.01.19).

30. Cosimo De Nunzio, Claus G. Roehrborn, Karl-Erik Andersson. Erectile dysfunction and urinary tract symptoms// EurUrol Focus.412. 2017. P. 352-363. [https://www.eu-focus.europeanurology.com/article/S2405-4569\(17\)30260-2/pdf](https://www.eu-focus.europeanurology.com/article/S2405-4569(17)30260-2/pdf) (Дата обращения: 06.01.19).

31. Espinosa G., Esposito R., Kazzazi A., Djavan B. Vitamin D and benign prostatic hyperplasia – a review // Can. J. Urol. 2013. Vol. 20. No. 4. P. 6820–6825. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23930605> (Дата обращения: 17.01.19).

32. Fok George., Phillips C., Koyama T., Byerly, S., Concepcion, R., motley, S. S. The Relationship between physical activity, lower urinary tract symptoms (LUTS) and prostate volume // BJU Int. 2013. 111. pp.122–128.

33. Gaccia M., Corona G., Vignozzi L., Salvi M. [et al.]. Metabolic syndrome and benign prostatic enlargement: a systematic review and meta-analysis // BJU Int. 2015. Vol. 115. No. 1. P. 24–31. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24602293> (Дата обращения: 23.01.19).

34. Gaccia M., Ian Eardleyb, Francois Giulianoc. Critical Analysis of the Relationship Between Sexual Dysfunctions and Lower Urinary Tract Symptoms Due to Benign Prostatic Hyperplasia // 2011 European Association of Urology. 2011. 60(4). Pp. 809-25. doi: 10.1016 / j.eururo.2011.06.037. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21726934> (Дата обращения: 30.01.19).

35. Golden S.H., Robinson K.A., Saldanha I. et al. Prevalence and incidence endocrine and metabolic disorders in the United States: a comprehensive review // J Clin Endocrinol Metab. 2009. 94(6). pp.1853–78. DOI: 10.1210/jc.2008-2291. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19494161> (Дата обращения: 23.01.19).

36. Gravas S., Cornu J.N., Drake M.J. et al. Treatment of Non-neurogenic Male LUTS// EAU guidelines. Ed by EAU. 2017. Pp. 1-72. <http://uromed.org/guideline/treatment-of-non-neurogenic-male-luts> <https://uroweb.org/guideline/treatment-of-non-neurogenic-male-luts/> (Дата обращения: 17.01.19).

37. Gorbachinsky I., Akpinar H., Assimos D.G. Metabolic syndrome and urological diseases // Rev. Urol. 2010. Vol. 12. No. 4. P. 157–180. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3020279/> (Дата обращения: 23.02.19).

38. Gregoire Robert, Aurelien Descazeaud, Rahmene Azzouzi. Impact of Lower Urinary tract Symptoms on

Discomfort in Men Aged between 50 and 80 years» // Urolint. 2010.84.Pp.424-429

39. Hoffman R.M., Monga M., Elliot S.P., Macdonald R., Wilt T.J. Microwave thermotherapy for benign prostatic hyperplasia // Cochrane Database Syst Rev. 2012. CD004135

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004135.pub3/full>. (Дата обращения: 9.01.19).

40. Holtgrewe H.L., Mebust W.K., Dowd J.B. et al. Transurethral prostatectomies: practical aspects of the dominant operation in American urology // J Urol. 2000.141: p.248. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1279218> (Дата обращения: 30.12.18).

41. Hatzimouratidis K., Amar E., Eardley I. et al. Guidelines on male sexual dysfunction: erectile dysfunction and premature ejaculation // EurUrol .2010. 57: pp.804–14. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20189712> (Дата обращения: 2.01.19).

42. Inman B.A., St Sauver J.L., Jacobson D.J. et al. A population-based, longitudinal study of erectile dysfunction and future coronary artery disease // MayoClinProc.2009. 84. pp.108–13. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19181643> (Дата обращения: 30.01.19).

43. Jackson G., Boon N., Eardley I. et al. Erectile dysfunction and coronary artery disease prediction: evidence-based guidance and consensus // Int J ClinPract. 2010. 64. pp. 848–57. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20584218> (Дата обращения: 23.02.19).

44. Jacobsen S.J., Guess H.A., Panser L. et al. A population-based study of healthcare-seeking behavior for treatment of urinary symptoms. The Olmsted Country Study of Urinary Symptoms and Health Status Among Men // Arch Fam Med. 2003. 2.pp.729-35. <https://jhu.pure.elsevier.com/en/publications/a-population-based-study-of-health-care-seeking-behavior-for-treat-4> (Дата обращения: 8.02.19).

45. Juhyun Park, Yang Joo Lee, Jeong-Woo Lee. Comparative analysis of the treatment of benign prostatic hyperplasia in urologists and neurologists: a study of the health insurance database throughout Korea//Seoul.Borame Medical Center of Seoul national University.2015. pp.233-239. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4355435/>(Дата обращения: 30.01.19).

46. Kalinkova M., Orlikova M. Quality of life of elderly people//Sociological and Humanities Sciences // Slovakia. Historical and Social-Educational Idea. 2017.Volume 9.3/2.

47. Kirby M., Chaple C., Jackson G. et al. Erectile dysfunction and Lower Urinary tract symptoms:a consensus on the importance of co-diagnosis // int J ClinPract. July 2013. 67.7. pp.606-618. doi:10.1111/ijcp.12176. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23617950> (Дата обращения: 12.01.19).

48. Kok E.T., Schouten B.W., Bohnen A.M., Groeneveld F.P., Thomas S., Bosch J.L. Risk Factors for the development of lower urinary tract symptoms indicative of benign prostatic hyperplasia in a community of healthy aging men // the Krimpen study. J. Urol. 2009. 181.pp. 710-716. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19091352>(Дата обращения: 22.02.19).

49. Kristal A. R., Arnold K. B., Schenk J.M., Neuhauser M. L., Goodman P., Penson D. F. Features of nutrition, the use of additives and the risk of symptomatic benign prostatic hyperplasia: the results of a study on the prevention of prostate cancer // Am J Epidemiol. 2008. 167. pp. 925–934. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18263602> (Дата обращения: 7.02.19).

50. Lightner D.J., Krambeck A.E., Jacobson D.J. et al. Nocturia is associated with an increased risk of coronary heart disease and death // BJU Int .2012. 110. Pp. 848–53. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22233166> (Дата обращения: 23.02.19).

51. Lim K.B. Epidemiology of clinical benign prostatic hyperplasia // Asian J Urol .2017. Jul.4(3). pp.148-151. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29264223>

52. Loeb S., Kettermann A., Carter H.B., et al. Prostate volume changes over time: results from the Baltimore Longitudinal Study of Aging // J Urol. 2009.182(4):Pp.1458–62. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19683305> (Дата обращения: 8.02.19).

53. Magistro G., Christian G., Atief S., Christian Gratzke. Prostatic Urethral Lift Versus Transurethral Resection of Prostate // Curr Urol Rep. 2017. 18. pp.82. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28852996> (Дата обращения: 19.02.19).

54. Map of Medicine 2012. <http://www.mapofmedicine.com>.(accessed 20 April 2012). (Дата обращения: 30.02.19).

55. McConnel J.D., Roehrborn C.G., Bautista O.M. Medical Therapy of Prostatic Symptoms (MTOPS) Montorsi F, Research Group. The long-term effect of doxazosin, finasteride, and combination therapy on the clinical progression of benign prostatic hyperplasia // N Engl J Med. 2003. 349. Pp.2387–2398. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14681504> Дата обращения: 27.01.19).

56. Merrill J.M., Laux L.F., Thornby J.I. Why doctors have difficulty with sex histories // South Med J .1990. 83pp. 613–7. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2356491> (Дата обращения: 3.05.19).

57. Montorsi F., Henkel T., Geboers A. et al. Effect of dutasteride, tamsulosin and the combination on patient-reported quality of life and treatment satisfaction in men with moderate-to-severe benign prostatic hyperplasia:4-year data from the CombAT study // 2010.Int J Clin Pract. 64. Pp.1042-1051.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20487046> Дата обращения: 2.01.19).

58. NICE clinical guideline 97. «Lower urinary tract symptoms.The management of lower urinary tract symptoms in men» // <http://www.nice.org.uk/guidance/CG97/FullGuidance>;. (Дата обращения: 30.01.19).

59. Pietzyk B., Olszanecka-Glinianowicz M., Owczarek A. Depressive symptoms in patients diagnosed with benign prostatic hyperplasia // Int Urol Nephrol .2015. 47:pp.431-440. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4341023/> Дата обращения: 12.01.19).

60. Pao-Hwa Lina and Stephen J. Freedlandb. Lifestyle and lower urinary tract symptoms // Curr Opin Urol .2015. 25.pp.1–5. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4380880/> Дата обращения: 3.01.19).

61. Parsons J.K., Sarma A.V., Makvari K., Wei J.T. Obesity and benign prostatic hyperplasia: clinical connections, emerging logical paradigms and future directions // *JUrol.* 2009. 182 (Supplement 6). Pp. S27 - S31. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19846130> (Дата обращения: 30.01.19).
62. Parsons J.K., Im R. Alcohol use is associated with a reduced risk of benign prostatic hyperplasia // *J Urol.* 2009. 182. pp. 1463–1468. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19683313> (Дата обращения: 8.03.19).
63. Parsons J.K., Wilt T.J., Wang P.Y., Barrett-Connor E., Bauer D.C., Marshall L.M., et al. Progression of lower urinary tract symptoms in older men: a community based study // *JUrol.* 2010. 183(5). Pp. 1915-20. (Дата обращения: 25.01.19).
64. Placets E.A., Kavachi I., Rimm E.B., Willett V.K., Giovannucci E. Race. Ethnicity and benign prostatic hyperplasia in a subsequent study of health workers // *J Urol.* 2000. 163. Pp. 490–495. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10647663>
65. Schenk J.M., Kristal A.R., Neuhauser M.L., Tangen C.M., White E., Lin D.W. Biomarkers of systemic inflammation and risk, symptomatic benign prostatic hyperplasia: results of a study on the prevention of prostate cancer // *Am J Epidemiol.* 2010. 171. Pp: 571–582. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20142396> Дата обращения: 11.11.18).
66. Sells H., Donovan J., Ewings P., MacDonagh R.P. The development and validation of a quality-of-life measure to assess partner morbidity in benign prostatic hyperplasia // *BJU Int.* 2000. 85. Pp: 440–5. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10691823> Дата обращения: 07.12.18).
67. Sexton C.C., Coyne K.S., Kopp Z.S. et al. The overlap of storage, voiding and postmicturition symptoms and implications for treatment seeking in the USA, UK and Sweden // *EpiLUTS BJU Int.* 2009. 103(Supl.3). Pp: 12-23. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19302498> (Дата обращения: 16.12.18).
68. Vuichoud C., Loughlin K.R. Benign Prostatic Hyperplasia: epidemiology, economics and evaluation // *Can J Urol.* 2015. 22 (Suppl 1). Pp: 1-6. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26497338> Дата обращения: 30.12.18).
69. Xinyu Zhang, Bin Yang, Ni Li, and Hongjun Li. Prevalence and Risk Factors for Erectile Dysfunction in Chinese Adult Males // *The Journal of Sexual Medicine.* Pp: 1-8. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28874333> (Дата обращения: 18.01.19).
70. Yalçinkaya S., Eren E., Eroglu M. [et al.]. Deficiency of vitamin D and elevated aldosterone in prostate hyperplasia // *Adv. Clin. Exp. Med.* 2014. Vol. 23. No. 3. P. 441–446. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24979517> (Дата обращения: 12.01.19).
- Referensec:**
1. Abdurahmanov A.K. *Mediko-social'nye faktory i pervichnaya profilaktika dobrokachestvennoj giperplazii predstatel'noj zhelezy.* (Diss...kand.med.nauk.). [Medical and social factors and primary prevention of benign prostatic hyperplasia]. 2009. 260p.
2. Aljaeva Ju.G. *Bolezni predstatel'noi zhelezy.* [Prostate diseases]. GJeOTAR - Media. 2009. 240 p.
3. Gigidze O.V. *Reabilitatsiya bol'nykh dobrokachestvennoj giperplaziei posle khirurgicheskogo lecheniya (dok. diss.).* [Rehabilitation of patients with benign hyperplasia after surgical treatment. Doct. Diss.]. Moskva. 2006. 255p.
4. Doshozhaev B.K. Epidemiologiya dobrokachestvennoj giperplazii predstatel'noj zhelezy v populatsii muzhchin starshe 40 let v Respublike Kazakhstan. [Epidemiology of benign prostatic hyperplasia in a population of men older than 40 years in the Republic of Kazakhstan]. *Vestnik AGIUV.* [Bulletin of the Almaty State Institute of the improvement of doctors.]. 2012. №2. Pp. 676-70.
5. Elina Ju.A. *Mediko-social'naya harakteristika bol'nykh s zabolevaniyami predstatel'noj zhelezy i organizatsionnye osnovy profilaktiki.* (diss... kand.med.nauk.). [Medico-social characteristics of patients with prostate diseases and the organizational basis for prevention]. 2012. 152p.
6. Izmajlov, R.I. *Optimizatsiya lecheniya bol'nykh dobrokachestvennoj giperplaziej predstatel'noj zhelezy bol'shih razmerov.* (diss... kand.med. nauk.). [Optimization of treatment of patients with benign prostatic hyperplasia of a large size]. 2010. 139 p.
7. Kalinina S.N., Burlaka O.O., Aleksandrov M.S. Diagnostika i lechenie simptomov nizhnih mochevykh putej i erektil'noi disfunktsii u bol'nykh dobrokachestvennoj giperplaziei predstatel'noi zhelezy. [Diagnosis and treatment of lower urinary tract symptoms and erectile dysfunction in patients with benign prostatic hyperplasia]. *Urologicheskie vedomosti.* [Urological Reports]. 2018. V 8. №1. Pp. 26-33.
8. Kalinchenko S.Ju., Tjuzikov I.A. Zabolevaniya predstatel' noi zhelezy i metabolicheskii sindrom: novaya patogeneticheskaya kontsepciya (literaturnyi obzor). [Prostate diseases and metabolic syndrome: a new pathogenetic concept (literature review)]. *Meditsinskii alfavit. Bol'nica.* [Medical alphabet. Hospital]. 2011. № 4. Pp. 38–43.
9. Kamaev I.A. Aktual'nye problemy mediko-social'noj pomoshhi naseleniju starshih vraznostnykh grupp. [Actual problems of medical and social assistance to the population of older age groups]. *Obshchestvennoe zdorov'e i zdavookhranenie. Izbrannye lektsii.* [Public Health and Health Care. Selected lectures]. 2010.
10. Kirpatovskii V.I., Frolova E.V., Nadtochii O.N. et al. Androgennyye defitsit i progressirovaniye dobrokachestvennoy giperplazii predstatel'noy zhelezy u bol'nykh s metabolicheskim sindromom: net li protivorechiya? [Androgen deficiency and progression of benign prostatic hyperplasia in patients with metabolic syndrome: is there a contradiction?]. *Andrologiya i genital'naya khirurgiya* [Andrology & genital surgery]. 2017, 3; V.18; pp. 10-18.
11. Kornev I.A. Alekseeva T.A., Al'-Shukri S.H. Simptomy nizhnikh mochevykh putej u muzhchin Severo-Zapadnogo regiona Rossiiskoi Federatsii: analiz rezul'tatov populyatsionnogo issledovaniya. [Symptoms of the lower urinary tract in men of the North-West region of the Russian Federation: analysis of the results of population studies]. *Urologicheskie vedomosti.* [Urologic statements]. 2016. V.6. №1. pp. 5-9.
12. Kyzlasov P.S., Martov A.G., Popov S.V. Erektill'naya disfunktsiya posle transuretral'noi khirurgii pri

dobrokachestvennoi giperplazii predstatel'noi zhelezy. [Erectile dysfunction after transurethral surgery for benign prostatic hyperplasia]. *Vestnik Volg GMU*. [Bulletin of VolgGMU]. 2017. Issue 3 (63). Pp.10-15.

13. Latysheva V.Ja., Anichkin V.V., Karpovich E.V. Otsenka kachestva zhizni bol'nykh s dobrokachestvennoi giperplaziei predstatel'noi zhelezy. [Assessment of the quality of life of patients with benign prostatic hyperplasia]. *Problemy zdorov'ya i ekologii. Belarus*. [Problems of health and ecology. Belarus]. 2006. №1(7). Pp.142-148.

14. Lopatkina N.A.. *Urologija. Natsional'noe rukovodstvo*. [Urology. National Leadership]. GJeOTAR-Media. [GEOTAR-Media]. 2009. 1024 p.

15. Panovich A.A. *Organizacionnye aspekty vosstanovitel'nogo lecheniya muzhchin s dobrokachestvennoi giperplaziei predstatel'noi zhelezy. (diss...kand. med. nauk)*. [Organizational aspects of rehabilitation treatment of men with benign prostatic hyperplasia]. 2014. 152p.

16. Pushkar' D.Ju., Rasner I.P. Narushenie mocheispushkaniya i seksual'noi funktsii u bol'nykh dobrokachestvennoi giperplaziei predstatel'noi zhelezy. [Violation of urination and sexual function in patients with benign prostatic hyperplasia]. *Vrach*. [Doctor]. 2008. №6. Pp.34-38.

17. Sevryukov F.A. *Kompleksnye mediko-sotsial'nye i kliniko-ekonomicheskie aspekty profilaktiki i lecheniya dobrokachestvennoi giperplazii predstatel'noi zhelezy: diss. (dokt. diss.)*. [Complex medico-social and clinical-economic aspects of the prevention and treatment of benign prostatic hyperplasia]. 2012. 352p.

18. Sevryukov F.A., Kamaev I.A., Grib M.N. Faktory riska i kachestvo zhizni bol'nykh s dobrokachestvennoi giperplaziei predstatel'noi zhelezy. [Risk factors and quality of life of patients with benign prostatic hyperplasia]. *Rossiiskii mediko-biologicheskii vestnik imeni akademika I.P. Pavlova*. [Russian Medical-Biological Journal named after academician I.P. Pavlova.]. 2011. №3. P. 48-51.

19. Tjuzikov I.A., Bratchikov O.I., Mihajlov D.V. Rol' voznrastnogo androgenodefitsita v patogeneze adenomy predstatel'noi zhelezy. [The role of age-related androgen deficiency in the pathogenesis of prostate adenoma]. *Tikhookeanskii meditsinskii zhurnal*. [Pacific Medical Journal]. 2016. №1. Pp.14-18.

20. Shikov S.M. *Mediko-sotsial'naya kharakteristika bol'nykh dobrokachestvennoi giperplaziei predstatel'noi zhelezy i organizatsiya spetsializirovannoi meditsinskoi pomoshhi v sovremennykh usloviyakh. (diss... kand. Med.nauk)*. [Medico-social characteristics of patients with benign prostatic hyperplasia and the organization of specialized medical care in modern conditions]. 2005.192p.

Контактная информация:

Кусаинов Асет Мусулманбекович - PhD докторант по специальности «Общественное здравоохранение» Не коммерческого акционерного общества «Медицинский университет Семей», г. Семей, Республика Казахстан.

Почтовый адрес: 071400, Республика Казахстан, г. Семей, пр. Шакерима 20, к.196

E-mail: kusainov.aset@inbox.ru

Телефон: 8777 154 40 76