

Соотношение числа выполненных операций различными методиками к друг другу не зависит от показаний, по которым был госпитализирован пациент, и составило – 1,5-2:1 (чрезпузырная аденомэктомия к чрезпузырной аденомэктомии с вазорезекцией). Число трансуретральных резекций одинаково – 1:1.

Аналогично соотношение числа обнаруженных злокачественных новообразований предстательной железы не зависело от показаний, по которым госпитализировали больного и составило – 12-16,5:1 (количество совпавших заключительных диагнозов к несовпавшим).

Наиболее длительной операцией из вышеперечисленных является чрезпузырная аденомэктомия с двухсторонней вазорезекцией, за счет большего объема манипуляций.

Список литературы

1. Joseph C, Presti Jr: Benign prostatic hyperplasia incidence and epidemiology. -2007.
2. Н. А. Лопаткин, О. И. Аполихин, В. В. Базаев и др. Под ред. Н. А. Лопаткина. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. М., 1997, с. 169.
3. De la Rosette J, Alivizatos G, Madersbacher S, Rioja Sanz C, Nordling J, Emberton M, Gravas S, Michel MC, Oelke M. // Guidelines on Benign Prostatic Hyperplasia European Association of Urology -2006, с.59 .

ПОИСК ЭФФЕКТИВНЫХ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Мисевра Е. В., Корсак В. Э.

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Беларусь

Резюме. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) является наиболее распространенным доброкачественным новообразованием у мужчин в возрасте от 40 до 50 лет и старше. Методы лечения данного заболевания шагнули далеко вперед, однако вопросам профилактики придается меньшее значение. В данной статье мы осветили наиболее эффективные методы профилактики, которые применяются на сегодняшний день.

Ключевые слова: профилактика, доброкачественная гиперплазия предстательной железы, патогенез

SEARCH FOR EFFECTIVE METHODS FOR THE PREVENTION OF BENIGN PROSTATE HYPERPLASIA

Misevra E. V., Korsak V. E.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Summary. Benign prostatic hyperplasia (BPH) is the most common benign neoplasm in men aged 40 to 50 and older. Methods of treatment of this disease have stepped far forward, but less importance is attached to prevention. In this article, we have highlighted the most effective prevention methods that are used today.

Key words: prevention, benign prostatic hyperplasia, pathogenesis

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы – одно из наиболее частых заболеваний, встречающихся у мужчин в возрасте 40-50 лет и старше. В то же время гистологические признаки доброкачественной гиперплазии предстательной железы в возрастной группе 50-59 лет выявлены у 40% мужчин, в возрасте 60 лет и старше – более чем у 75%, а клинические проявления заболевания – у 20 и более чем у 35% соответственно [1]. Однако доброкачественная гиперплазия предстательной железы предсказуема и предотвратима, поэтому вопрос профилактики доброкачественной гиперплазии предстательной железы является актуальным на сегодняшний день [2].

Мировая статистика свидетельствует, что доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) – самая распространенная урологическая патология среди мужчин пожилого и старческого возраста. В последние десятилетия в большинстве стран мира отмечается выраженная тенденция к распространению ДГПЖ, что обусловлено старением населения и, соответственно, увеличением доли мужского населения старших возрастных групп [3].

Сведения о распространенности данного заболевания в мире разноречивы из-за недостаточной обращаемости мужчин за медицинской помощью. По данным отечественных исследований, доля мужчин, обращающихся к урологам по поводу ДГПЖ, составляет не более 7% от предполагаемого числа лиц с клинической симптоматикой [4]. Низкая активная выявляемость ДГПЖ приводит к поздней диагностике, прогрессированию заболевания и развитию осложнений, требующих дорогостоящего стационарного лечения. Это выводит данное заболевание в ряд первоочередных медицинских, социальных и экономических проблем здравоохранения.

Основная причина доброкачественной гиперплазии предстательной железы – возрастные изменения, влекущие гормональные колебания. В этом случае мужская мочеполовая система функционирует без сбоев, но запускается естественное старение организма. Предполагается, что доброкачественная гиперплазия становится следствием стимуляции рецепторов простаты на фоне повышения концентрации эстрадиола и дигидротестостерона. Риск развития аденомы повышают такие факторы, как наследственная предрасположенность, сахарный диабет, лишний вес, неправильно построенный рацион питания, в особенности избыток жирной пищи. Гипертензия, диабет, сердечные заболевания, гиперхолестеринемия и гипертриглицеридемия в анамнезе были значимо связаны с повышенным риском доброкачественной гиперплазии предстательной железы. Также городские жители в большей степени подвержены этому заболеванию, в отличие от сельских [5].

Для предупреждения развития заболевания необходимо проводить систематический анализ заболеваемости населения доброкачественной гиперплазией предстательной железы и выступать с инициативой разработки целевых программ первичной профилактики данной патологии.

Точная причина доброкачественной гиперплазии предстательной железы неизвестна, и единственными двумя установленными факторами являются возраст и наличие андрогенов. Хотя присутствие тестостерона необходимо для развития доброкачественной гиперплазии предстательной железы, считается, что тестостерон не является основным фактором, вызывающим доброкачественную гиперплазию предстательной железы, поскольку у пожилых мужчин уровень тестостерона снижается [6]. Недавние исследования показали, что доброкачественная гиперплазия предстательной железы связана с повышением соотношения эстрадиол/тестостерон в плазме, инсулина и инсулиноподобного фактора роста-I. Ежедневные аэробные упражнения способствуют снижению данных гормонов в плазме. Ожирение потенциально снижает эффективность ингибиторов 5 α -редуктазы, одна из функций которых – снижение роста эпителиальных клеток предстательной железы [7, 8]. Значительная тенденция к увеличению риска гиперплазии предстательной железы была обнаружена при более частом потреблении зерновых, хлеба, яиц и птицы. [9, 10]. Обратная зависимость наблюдались для супов, бобовых, вареных овощей и цитрусовых. Каротиноид ликопин и селен – обладают доказанными антиоксидантным и противовоспалительным действием, которые в комбинации способны уменьшить воспаление предстательной железы в гистологических срезах и дополнительно улучшить показатели у пациентов с ранее диагностированной гиперплазией предстательной железы, получающих лечение тамсулозином. [10]. Подобные эффекты могут быть

получены при использовании других каротиноидов, таких как астаксантин и цинк.

В результате, необходимо отметить, что ожирение, физическая активность и диета существенно влияют на риск развития гиперплазии предстательной железы, а диета, богатая злаками, некоторыми видами мяса и бедная овощами, бобовыми, вероятно, способствует развитию гиперплазии предстательной железы. Таким образом, изменение образа жизни, снижение веса, модификация диеты и употребление пищевых добавок могут являться эффективными методами профилактики развития гиперплазии предстательной железы.

Список литературы

1. Joseph C, Presti Jr: Benign prostatic hyperplasia incidence and epidemiology. – 2007.
2. Н. А. Лопаткин, О. И. Аполихин, В. В. Базаев и др. Под ред. Н. А. Лопаткина. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. М., 1997, с. 169.
3. De la Rosette J, Alivizatos G, Madersbacher S, Rioja Sanz C, Nordling J, Emberton M, Gravas S, Michel MC, Oelke M. // Guidelines on Benign Prostatic Hyperplasia European Association of Urology -2006, с.59 .
4. А. В. Сивков Доброкачественная гиперплазия предстательной железы: персональный взгляд. // Урология сегодня. 2010. № 6. С. 7-11.
5. Mirone V., Carrieri G., Risk factors for benign prostatic enlargement: The role of lifestyle habits at younger age, Naples / Vincenzo Mirone , Giuseppe Carrieri // University of Naples Federico II , Naples. – 2017.
6. В. Н. Степанов, О. В. Теодорович, А. В. Серегин, З. А. Кадыров. Лечение больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы проскаром MSD (финастерид). // Урология и нефрология. 1995, №5, с. 28-30.
7. Н. А. Лопаткин, О. Б. Лоран, Д. Ю. Пушкар, Т. С. Перепанова и др. Опыт применения доксазозина у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы. // Урология и нефрология. 1998, №3, с. 3-7.
8. Ткачук В. Н., Кузьмин И. В. Эффективность альфузозина (дальфаза) у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы. // Урология и нефрология. 1998, №2, с. 38-39.
9. Barnard, Benign Prostatic Hyperplasia: Does Lifestyle Play a Role. CA / R. James Barnard, William J. Aronson // Department of Physiological Science, CA. – 2015.
10. Raheem, Associations of obesity, physical activity and diet with benign prostatic hyperplasia and lower urinary tract symptoms SD /Omer A Raheem 1, J Kellogg Parsons // San Diego Health System, San Diego. – 2014.