

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

© Коллектив авторов, 2011  
УДК 616.65-007.61

**ФАКТОРЫ РИСКА И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ  
С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

*Ф.А. Севрюков\**, *И.А. Камаев\*\**, *М.Н. Гриб\*\**,  
*Е.А. Перевезенцев\*\**, *О.Ю. Малинина\**, *Ю.А. Елина\*\*\**

\* НУЗ «Дорожная клиническая больница на станции Горький»  
ОАО РЖД, г. Нижний Новгород

\*\* ГОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия  
Минздравсоцразвития России», г. Нижний Новгород

\*\*\* МЛПУ «Городская больница 1», г. Арзамас, Нижегородская область

**В статье представлен обзор литературы по основным вопросам распространенности доброкачественной гиперплазии предстательной железы, рассмотрены основные факторы риска заболевания, дана оценка качества жизни пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы.**

**Ключевые слова:** доброкачественная гиперплазия предстательной железы, факторы риска, качество жизни.

В последние годы в Российской Федерации наблюдается заметный рост урологической заболеваемости населения. Особенностью является то, что она возрастает в группе пожилого возраста, причём выявляются запущенные, принявшие хронические формы заболеваний, которые протекают на фоне тяжёлой патологии, что приводит к высокой летальности [1, 2, 3].

В течение многих лет проблема доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) остается постоянно актуальной, и в первую очередь, в связи с преобладанием частоты этого заболевания среди прочей урологической патологии, высоким уровнем заболеваемости с потерей качества жизни мужчин не только старческого, но и зрелого возраста. Известно, что морфологические признаки ДГПЖ регистрируются у мужчин 50-60 лет в 40%, а старше 60 лет – в 55-80% наблюдений и у половины из них сопряжены с нарушениями мочеиспускания [4, 5]. Наряду с тенденцией ДГПЖ к «омоложению» данное заболевание предстает как важное направление гериатри-

ческой практики. Действительно, по данным ВОЗ, население планеты прогрессивно стареет и, если в 2000 году лица старше 65 лет составляли 20% населения, то к 2030 году увеличение их числа достигнет 30% [6, 7]. Среди оперативных вмешательств в гериатрической хирургии аденомэктомия занимает 3 место после urgentных брюшнополостных операций и вмешательств по поводу травм опорно-двигательного аппарата [8, 9, 10].

Структурообразующими нозологическими формами в урологии являются болезни предстательной железы, мочекаменная болезнь, злокачественные новообразования, хронический пиелонефрит. По данным Н.А. Лопаткина с соавт. (1999) на долю таких заболеваний приходится 50-55% нозологических форм в структуре урологических заболеваний. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы является самым распространённым из урологических заболеваний мужчин пожилого возраста [11, 12]. По расчётам, произведённым Н.А. Лопаткиным с соавт. (1999) количество таких больных в Рос-

сии в 1996 могло составлять 6,1 млн. человек. В последние 15-20 лет появилось много лекарственных препаратов для лечения больных ДГПЖ, которые в настоящее время занимают важнейшее место в структуре лечения таких больных. По мнению Е.Б. Мазо и М.И. Белковской (2001) в XXI в. больные будут лечиться, в основном, медикаментозно, с обеспечением высокого качества жизни.

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы является самым распространенным из урологических заболеваний мужчин пожилого и старческого возраста [13]. Характерные для этого заболевания симптомы нарушения функции нижних мочевых путей обуславливают обращение к врачу 30% больных старше 65 лет [14].

Обращаемость по поводу ДГПЖ в течение года на 1000 мужчин в среднем составляет 20,3. Распространенность по данным обращаемости по поводу ДГПЖ, с увеличением возраста прогрессивно растет: с 4,8% в возрасте до 40 лет до 40,3% в возрасте 75 лет и старше. В среднем на одного зарегистрированного больного ДГПЖ в год приходится 2,44 амбулаторного посещения. Из общего числа обращений в течение года абсолютное большинство (88,6%) приходится на регистрацию хронических заболеваний ДГПЖ (43,6%) и обострение хронических заболеваний (45,0%), а впервые выявленные болезни составили заметно меньшую долю (11,4%) [15, 16].

Анализируя эпидемиологические исследования, проведенные в США, клинические признаки ДГПЖ обнаруживаются у 14% мужчин в возрасте от 40 до 49 лет, более чем у 24% мужчин от 50 до 59 лет, у 43% мужчин от 60 до 69 лет, у 40% от 70 до 79 лет и у 90% мужчин старше 80 лет [16]. По данным M.J. Barry et al. (1992) почти 2/3 мужчин, имевших нарушения акта мочеиспускания, к врачам не обращались и не обследовались. Причинами были: 45% – страх перед возможным оперативным вмешательством или обнаружением рака предстательной железы, 29% – недостаточной выраженностью симпто-

мов, 14% считали, что эти симптомы характерны для возраста, а не для заболевания, 5% ссылались на чувство стыда и 7% – на другие причины.

Одной из ведущих причин несвоевременного обращения больных за медицинской помощью является то, что 32,5% таких больных считали появившиеся симптомы, характерными для возраста. Каждый 4-ый больной с ДГПЖ (25,3%) не знал – к какому врачу обращаться. У заметной доли больных (31,5%) причиной несвоевременного обращения за медицинской помощью является маловыраженная симптоматика [17, 18].

По данным А.М. Шикова (2004) большой интерес представляет распределение респондентов по срокам их обращения к врачу. Из них 39,2% больных ДГПЖ обращались к врачу сразу же, как заметили первые симптомы заболевания, 11,5% – в течение 1-6 месяцев и 9,2% – в течение 6-12 месяцев. Сравнительно небольшая часть (4,6%) обратились за консультацией специалистов в сроки от 1-го года до 2-х лет и 3,9% – через 2 года и позднее. Вместе с тем, почти треть респондентов (31,6%) не могли вспомнить времени обращения за медицинской помощью.

Несмотря на тот факт, что ДГПЖ не угрожает жизни, проявления этого заболевания в виде симптомов нарушения функции нижних мочевых путей существенно снижают качество жизни пациентов [19]. Данные симптомы подразделяются на обструктивные (связанные со сдавлением шейки мочевого пузыря и уретры, увеличенной предстательной железой и затруднением оттока мочи) и ирритативные (обусловленные изменениями функции детрузора, сфинктера мочевого пузыря и гиперактивностью альфа-1-адренорецепторов шейки мочевого пузыря и простатического отдела уретры) [20,21]. Анализируя различные факторы, влияющие на качество жизни больных ДГПЖ, имеющих симптомы нарушения функции нижних мочевых путей были получены следующие данные: 71% пациентов отмечают у себя боязнь развития рака простаты, 66% – ухудшение сексуальных

отношений и страх перед хирургическим вмешательством, 47% больных отмечают ухудшение социальной составляющей жизни, 42% испытывают усталость из-за пробуждения ночью. Также практически все пациенты (91% случаев) указывают на беспокойство из-за появления еще одного возрастного симптома [15].

Проявления ДГПЖ существенно ухудшают состояние психического здоровья пациентов. В ходе проведения психометрического обследования 310 больных были выявлены невротические расстройства: у 53,8% пациентов имелся неврастенический синдром, у 30% – субдепрессивный, у 16,2% – ипохондрический. После проведения лекарственной терапии у пациентов малыми нейрорептиками, антидепрессантами и транквилизаторами в психическом состоянии было отмечено значительное улучшение состояния, при этом урологические показатели не изменились. Это говорит о том, что воздействуя на психическую составляющую заболевания, мы тем самым повышаем качество жизни пациентов и формируем у них положительный настрой на лечение [12, 21].

Значительное негативное влияние на качество жизни мужчин, страдающих ДГПЖ, оказывает снижение сексуальной активности [10, 19]. Было доказано, что распространенность эректильной дисфункции четко коррелирует с возрастом и составляет в возрасте 50 лет около 50%, в 60 лет – 60%, в 70 лет – почти 70%. Также выявлено, что при этом 72,2% больных с эректильной дисфункцией составляют пациенты, у которых имеются симптомы нарушения функций мочевых путей [17].

При проведении исследований было установлено, что больные ДГПЖ с умеренной и явно выраженной симптоматикой в 4-6 раз чаще отмечают дискомфорт и отрицательное влияние заболевания на качество жизни, чем те пациенты, у которых симптомы были незначительно выраженными [18].

При обследовании каждого пациента с ДГПЖ практические врачи должны соблюдать необходимый диагностический алгоритм, по возможности избегая мало-

информативных инвазивных и дорогостоящих методов диагностики. Результатом клинического обследования, помимо оценки общего состояния больного, должно являться четкое представление о выраженности симптоматики, степени нарушения уродинамики, объеме и характере роста предстательной железы. Особое внимание следует уделить выявлению рака простаты [12, 15].

### Литература

1. Доброкачественная гиперплазия простаты и половая функция / О.К. Аромире [и др.]. – Ростов н/Д.: Феникс, 2001.
2. Горилковский Л.М. Эпидемиология и факторы риска развития доброкачественной гиперплазии предстательной железы / Л.М. Горилковский, Б.Л. Гушин // Клинич. геронтология. – 1997. – № 4. – С. 37-45.
3. Захарушкина Т.С. Качество жизни пациентов, страдающих доброкачественной гиперплазией простаты / Т.С. Захарушкина, И.А. Абоян, С.В. Павлов // Социал. и клинич. психиатрия. – 2002. – № 1. – С. 77-80.
4. Аль-Шукри А.С. Оценка эффективности и безопасности длительного лечения больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы простатом: автореф. дис. ... канд. мед. наук. / А.С. Аль-Шукри; СПб. гос. мед. ун-т им. акад. И.П. Павлова. – СПб., 2002. – 18 с.
5. Поздняков С.Н. Особенности предоперационной подготовки и ведения послеоперационного периода у урогинекологических больных / С.Н. Поздняков // Мед. помощь. – 2000. – № 6. – С. 46-47.
6. Аляев Ю.Г. Альфа-адреноблокаторы в лечении доброкачественной гиперплазии предстательной железы: настоящее и перспективы / Ю.Г. Аляев, А.З. Винаров // Урология. – 2000. – Прил. – С. 2-10.
7. Трансуретральная электрохирургия в лечении доброкачественной гипер-

- плазии предстательной железы / Ю.Г. Аляев [и др.] // Хирургия. – 2001. – № 4. – С. 39-42.
8. Захарушкина Т.С. Психическое состояние пациентов в отдаленном периоде после хирургического лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы / Т.С. Захарушкина, И.А. Абоян, С.В. Павлов // Журн. неврологии и психиатрии им. Корсакова. – 2002. – Т. 102, №12. – С. 49-50.
  9. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы: диагностика и лечение / Ю.М. Захматов [и др.] // Рос. мед. журн. – 2001. – № 1. – С.20-25.
  10. Клинико-экономические вопросы лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы в условиях г. Москвы / Л.М. Гориловский [и др.] // Пробл. стандартизации в здравоохранении. – 2000. – № 4. – С. 24-31.
  11. Зиборова И.В. Экономические аспекты медикаментозной терапии доброкачественной гиперплазии предстательной железы / И.В. Зиборова, А.В. Сивков, О.И. Аполихин // Пробл. стандартизации в здравоохранении. – 2000. – № 1. – С. 59-62.
  12. Лоран О.Б. Альфа-адреноблокаторы в лечении расстройств мочеиспускания у больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы / О.Б. Лоран, А.Е. Вишневский // Лечащий врач. – 2001. – № 2. – С. 28-30.
  13. Мазо Е.Б. Фармакотерапия доброкачественной гиперплазии простаты / Е.Б. Мазо, М.Н. Белковская // Рус. мед. журн. – 2001. – Т. 9, № 16/17. – С. 672-675.
  14. Захарушкина Т.С. Психические расстройства при доброкачественной гиперплазии предстательной железы / Т.С. Захарушкина, И.А. Абоян, С.В. Павлов // Журн. неврологии и психиатрии им. Корсакова. – 2001. – Т. 101, № 12. – С. 29-31.
  15. Новые эндоскопические технологии в лечении доброкачественной гиперплазии предстательной железы: обзор / А.Г. Мартов [и др.] // Урология. – 2003. – № 2. – С. 55-63.
  16. Неймарк А.И. Низкоинтенсивное лазерное излучение в предоперационной подготовке больных с доброкачественной гиперплазией простаты / А.И. Неймарк, Н.И. Музалевская // Урология. – 2000. – №1. – С. 11-15.
  17. Treatment strategies, patterns of drug use and treatment discontinuation in men with LUTS suggestive of benign prostatic hyperplasia: the Triumph project / К.М. Verhamme [et al.] // Eur. Urol. – 2003. – Vol. 44, № 5. – P. 539-545.
  18. Andersson K.E. Future drugs for the treatment of benign prostatic hyperplasia / К.Е. Andersson, С.Р. Chappie, К. Hofner // World J. Urol. – 2002. – Vol. 19, № 6. – P. 436-442.
  19. Пушкарь Д.Ю. Современные возможности скрининга рака простаты у пациентов с ДГПЖ до и после оперативного лечения: обзор / Д.Ю. Пушкарь, П.И. Раснер, П.И. Скобелев // Урология. – 2001. – № 6. – С. 48-54.
  20. Aizawa T. Cost effectiveness in benign prostate hyperplasia / Т. Aizawa, М. Miki // Nippon Rinsho. – 2002. – Vol. 60 (Suppl. 1). – P. 422-427.
  21. Пушкарь Д.Ю. Нарушение мочеиспускания и сексуальной функции у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы / Д.Ю. Пушкарь, П.И. Раснер // Врач. – 2003. – № 6. – С. 34-38.

**RISK FACTORS AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS  
WITH BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA**

*F.A. Sevryukov, I.A. Kamaev, M.N. Grib,  
E.A. Perevezentsev, O.Y. Malinina, J.A. Yelina*

**The article presents a review of the literature on the major issues propagation prevalence of benign prostatic hyperplasia, we consider the major risk factors for diseases, assess the quality of life, or patients with benign prostatic hyperplasia.**

***Key words:* benign prostatic hyperplasia, risk factors, quality of life.**

Федор Анатольевич Севрюков – канд. мед. наук, гл. уролог Горьковской железной дороги, НУЗ «Дорожная клиническая больница на станции Горький» ОАО РЖД.

Игорь Александрович Камаев – д-р мед. наук, проф., зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ГОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития России».

Гриб Максим Николаевич – канд. мед. наук, ассистент кафедры общественного здоровья и здравоохранения НГМА.

Контактные телефоны: сот. 8-920-299-08-23, раб. 8 (831) 438-95-55.

E-mail: grimax25@yandex.ru.

Перевезенцев Егор Александрович – канд. мед. наук, ассистент кафедры общественного здоровья и здравоохранения ГОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития России».

Малинина Ольга Юрьевна – врач-уролог НУЗ «Дорожная клиническая больница на станции Горький» ОАО РЖД.

Елина Юлия Александровна – врач МЛПУ «Городская больница 1», г. Арзамаса Нижегородской области.