

А.В. Есин, Е.Ю. Есина
**АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ
ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

*ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н.Бурденко Минздрава России
каф. поликлинической терапии и общей врачебной практики*

Резюме. Распространенность доброкачественной гиперплазии предстательной железы увеличивается со старением мужского населения планеты. На амбулаторно-поликлиническом этапе здравоохранения необходимо своевременное выявление и коррекция факторов риска доброкачественной гиперплазии предстательной железы.

Ключевые слова: доброкачественная гиперплазия предстательной железы, факторы риска.

Риск развития доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) увеличивается с возрастом мужчины. Проблема профилактики, ранней диагностики и лечения ДГПЖ становится все более актуальной в связи со старением населения и увеличением доли мужчин пожилого возраста в общей популяции. На риск развития и прогрессирования заболевания влияет выраженность модифицируемых и не модифицируемых факторов риска (ФР) развития ДГПЖ [1]. К не модифицируемым ФР ДГПЖ относят возраст, семейный анамнез ДГПЖ. Модифицируемые ФР ДГПЖ включают дислипидемию, низкую физическую активность, сахарный диабет (СД), артериальную гипертензию (АГ), нездоровое питание, избыточную массу тела и ожирение. Одновременное наличие у больного ДГПЖ двух и более синдромов или заболеваний, прежде всего сердечно-сосудистой системы, создает трудности в хирургических подходах к лечению ДГПЖ, делая еще более актуальным вопрос коррекции ФР ДГПЖ и ранней профилактики заболевания.

Из данных литературы известно, что у пациентов с симптомами нижних мочевых путей (СНМП) имеется более высокая распространенность сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Ретроспективный анализ историй болезней 295 мужчин с трансуретральной резекцией простаты для лечения ДГПЖ с СНМП включавший анализ ФР ССЗ: артериальная гипертензия, сахарный диабет (СД), курение и дислипидемии, тяжесть СНМП измеряемой по Международной Простатической шкале симптомов (IPSS), объем простаты, значения простат - специфического антигена (ПСА), максимальную скорость потока мочи (Qmax), и остаточной мочи (PVR) у субъектов с или без сердечно – сосудистых факторов риска, продемонстрировал, что мужчины, страдающие АГ, более вероятно, имеют более высокую IPSS и большой объем простаты, чем мужчины без АГ. Данное исследование наглядно демонстрирует патофизиологическую связь между АГ и СНМП и необходимость лечения ДГПЖ с учетом выраженности сердечно-сосудистой патологии у данной группы пациентов [2]. Эректильная дисфункция часто связана с васкулопатией, которую инициируют сосудистые ФР. Большинство исследователей считают, что сердечно - сосудистые факторы риска должны быть оценены у каждого больного с ДГПЖ, а в случае выявления у больного с ДГПЖ ССЗ кардиолог должен осмотреть пациента до начала лечения. Если симптомы нарушения мочеиспускания

являются преобладающими, альфа - блокаторы или ингибиторы альфа - редуктазы являются препаратами выбора. В случае возникновения симптомов задержки мочи, лечение может быть начато с применением антагонистов мускариновых рецепторов [3].

В перекрестном исследовании, включавшем 400 субъектов, разделенных на 300 больных с диагнозом андрогенной алопеции и 100 субъектов без диагноза андрогенной алопеции, оценивали диагностические критерии метаболического синдрома (МС). Были обнаружены существенные различия между группами больных с андрогенной алопецией и без нее по следующим критериям: окружность талии, индекс массы тела, уровень фибриногена, уровень сахара в крови натощак, уровень холестерина, С-реактивного белка, скорости оседания эритроцитов и гликозилированного гемоглобина. У пациентов с андрогенной алопецией критерии МС были выявлены в 51 % случаев. У больных без андрогенной алопеции критерии МС были диагностированы в 28 % случаев. ДГПЖ была диагностирована у 36 % больных с МС, и только у 6,8 % без МС [4]. Исследователи рекомендуют дерматологам, урологам и врачам первичного звена выявлять пациентов с ранним началом андрогенной алопеции для отслеживания развития мочевых симптомов, чтобы обеспечить более раннюю диагностику ДГПЖ; и симптомов МС, чтобы обеспечить раннюю диагностику сердечно - сосудистых ФР.

Поперечное исследование, проведенное в период с декабря 2014 года по сентябрь 2015 года в котором анализировалась осведомленность пациентов о ранних симптомах ДГПЖ, и врачей о приверженности пациентов к контролю симптомов ДГПЖ показало, что 70 % врачей рекомендует поощрять мужчин обращаться к врачу для повышения осведомленности о СНМП и о ДГПЖ. Пациенты должны обращать внимание на первые симптомы ДГПЖ, которые заключаются в учащении мочеиспускания, медленной и более слабой струе мочи, никтурии. Исследователи отмечали, что более двух третей пациентов (69%) были удовлетворены их текущим лечением. Самые высокие показатели удовлетворенности (как среди пациентов, так и врачей) были зарегистрированы для альфа - блокаторов и ингибиторов альфа - редуктазы, либо в качестве монотерапии, либо в комбинации. Также исследователи отметили, что пациенты были готовы длительно лечиться консервативно для облегчения симптомов, с тем, чтобы снизить риск хирургического вмешательства [5]. Следовательно, раннее выявление и коррекция ФР ДГПЖ в конечном итоге поможет снизить необходимость в хирургическом лечении.

Важное значение контроль сердечно-сосудистых ФР имеет для полноценного лечения ДГПЖ. Отрицательное влияние МС на эффект терапии альфа-блокаторами у больных ДГПЖ продемонстрировало рандомизированное открытое многоцентровое исследование, проведенное с марта 2014 по сентябрь 2015 года, в котором участвовало 197 пациентов, из которых 103 – с МС.

Рандомизированное открытое многоцентровое исследование, проведенное с марта 2014 по сентябрь 2015 года, в котором участвовало 197 пациентов, из которых 103 – с МС, продемонстрировало отрицательное влияние МС на эффект терапии

альфа-блокаторами при ДГПЖ. В этом исследовании было отмечено, что для прогнозирования ответа на терапию альфа-блокаторами при ДГПЖ у пациентов с МТ может использоваться окружность шеи [6].

Выводы. Таким образом, ФР ССЗ, заболевания сердечно-сосудистой системы, в частности МС и гипертоническая болезнь отрицательно влияют на клиническое прогрессирование и лечение больных с ДГПЖ. Необходимо раннее выявление и коррекция ФР ССЗ, сердечно-сосудистых синдромов и заболеваний на амбулаторном этапе практического здравоохранения для повышения эффективности терапии этих сложных больных.

Литература.

1. Benign prostatic hyperplasia [Электронный ресурс] / Chughtai B. [et al] // Nat Rev Dis Primers. – 2016. – Режим доступа: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27147135>.
2. Men with Hypertension are More Likely to Have Severe Lower Urinary Tract Symptoms and Large Prostate Volume / E.C. Hwang [et al] // Low Urin Tract Symptoms . 2015. – V.7, № 1. – P. 32-36.
3. Cantieni C., Gasser T. Urological Diseases in Men and their Prevention / C. Cantieni, T. Gasser. // Praxis (Bern 1994). 2016. – V.105, № 1. – P. 23-31.
4. Benign prostatic hyperplasia, metabolic syndrome and androgenic alopecia: Is there a possible relationship? Agamia NF, Abou Youssif T, El-Hadidy A, El-Abd A. Arab J Urol. 2016 Feb 23;14(2):157-62.
5. Understanding patient and physician perceptions of benign prostatic hyperplasia in Asia Pacific, Latin America and the Commonwealth of Independent States: the Prostate Research on Behaviour and Education (PROBE) II survey / Ertel P.[et al] // Int J Clin Pract. 2016. – 70, № 10. – P. 870-880.
6. Preliminary assessment of Neck Circumference in Benign Prostatic Hyperplasia in Patients with Metabolic Syndrome [Электронный ресурс] / Akin Y. [et al] // Int Braz J Urol. – 2016. – Режим доступа: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27619667>.

Abstract

A.V. Yesin, E.Yu. Yesina

**ANALYSIS OF RISK FACTORS DOPROKACHESTVENNA
GIPERPLAZII OF THE PROSTATE GLAND**

Voronezh State Medical University

Department of polyclinic therapy and general practice

Prevalence of a good-quality hyperplasia of a prostate is enlarged with aging of male population of the planet. At an out-patient and polyclinic stage of health care early detection and correction of risk factors of a good-quality hyperplasia of a prostate is necessary.

Keywords: good-quality hyperplasia of a prostate, risk factors.

References:

1. Benign prostatic hyperplasia [Электронный ресурс] / Chughtai B. [et al] // Nat Rev Dis Primers. – 2016. – Режим доступа: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27147135>.
2. Men with Hypertension are More Likely to Have Severe Lower Urinary Tract Symptoms and Large Prostate Volume / E.C. Hwang [et al] // Low Urin Tract Symptoms . 2015. – V.7, № 1. – P. 32-36.
3. Cantieni C., Gasser T. Urological Diseases in Men and their Prevention / C. Cantieni, T. Gasser. // Praxis (Bern 1994). 2016. – V.105, № 1. – P. 23-31.
4. Benign prostatic hyperplasia, metabolic syndrome and androgenic alopecia: Is there a possible relationship? Agamia NF, Abou Youssif T, El-Hadidy A, El-Abd A. Arab J Urol. 2016 Feb 23;14(2):157-62.
5. Understanding patient and physician perceptions of benign prostatic hyperplasia in Asia Pacific, Latin America and the Commonwealth of Independent States: the Prostate Research on Behaviour and Education (PROBE) II survey / Ertel P.[et al] // Int J Clin Pract. 2016. – 70, № 10. – P. 870-880.
6. Preliminary assessment of Neck Circumference in Benign Prostatic Hyperplasia in Patients with Metabolic Syndrome [Электронный ресурс] / Akin Y. [et al] // Int Braz J Urol. – 2016. – Режим доступа: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27619667>.

Сведения об авторах: Есин Александр Владимирович – студент 6 курса педиатрического факультета ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н.Бурденко Минздрава России; Есина Елена Юрьевна – к.м.н., доцент кафедры поликлинической терапии и общей врачебной практики ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н.Бурденко Минздрава России. E-mail - elena.esina62@mail.ru.