

Болезни предстательной железы в Российской Федерации: статистические данные 2008–2017 гг.

О.И. Аполихин, А.В. Сивков, В.А. Комарова, А.А. Никушина
НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России (г. Москва)

В России урологические заболевания составляют 10–12% общей заболеваемости населения и являются одной из причин снижения качества жизни, инвалидизации и смертности. Среди всех болезней мочеполовой системы можно выделить группу заболеваний, наиболее значимых в медико-демографическом отношении: мочекаменная болезнь (МКБ), хроническая почечная недостаточность, заболевания предстательной железы (ЗПЖ), хронический пиелонефрит, онкоурологические заболевания. Данные нозологические единицы составляют основную долю уронефрологических заболеваний, их прогрессирование сопровождается значительным числом различных осложнений и требует серьезного специализированного лечения у специалистов-урологов.

Воспалительные и опухолевые болезни предстательной железы (ПЖ) доминируют в структуре урологической патологии мужчин: до 58% пациентов страдают хроническим простатитом (ХП); более чем у 70% мужчин в возрасте старше 60 лет диагностируют доброкачественную гиперплазию предстательной железы (ДГПЖ); распространенность рака предстательной железы (РПЖ) в России составляет 33,69 на 100 тыс. взрослого мужского населения и имеет отчетливую тенденцию к росту [1–3].

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы, по данным международной статистики, наблюдается в среднем у 80% мужчин старше 60 лет и является частой причиной госпитализации в урологическую клинику. При исследовании аутопсийных материалов ДГПЖ выявлена у 8% мужчин в возрасте от 31 до 40 лет [4].

Хронический простатит в настоящее время также остается весьма распространенным заболеванием мужчин молодого и среднего возраста [4]. ■

В изучении заболеваемости заинтересованы медицинские учреждения, органы управления здравоохранением, страховые организации, территориальные фонды обязательного медицинского страхования, фармпроизводители и другие.

Настоящее исследование продолжает ряд публикаций НИИ урологии по анализу статистических показателей, в том числе о заболеваемости предстательной железы [5–15].

Материалы и методы

Собрана и обобщена информация по основным показателям, характеризующим заболевания мочеполовой системы и ПЖ у взрослого населения Российской Федерации за 2008–2017 гг. на основании данных официальной статистики Министерства здравоохранения. Определены максимальные и минимальные показатели частоты встречаемости заболеваний ПЖ на 100 тыс. взрослого мужского населения по федеральным округам (ФО) и регионам Российской Федерации.

Заболевания ПЖ по последней классификации МКБ-10 включают следующие нозологии ПЖ:

- N40. Гиперплазия предстательной железы.
- N41.0. Острый простатит.
- N41.1. Хронический простатит.
- N41.2. Абсцесс предстательной железы.
- N41.3. Простатоцистит.
- N41.8. Другие воспалительные болезни предстательной железы.
- N41.9. Воспалительная болезнь предстательной железы неуточненная.
- N42.0. Камни предстательной железы.
- N42.1. Застой и кровоизлияние в предстательной железе.
- N42.2. Атрофия предстательной железы.
- N42.3. Дисплазия предстательной железы.
- N42.8. Другие уточненные болезни предстательной железы.
- N42.9. Болезнь предстательной железы неуточненная [16].

В данном исследовании не изучалась распространенность злокачественных новообразований мочевыводящей системы и предстательной железы.

Результаты

Общая заболеваемость взрослого населения болезнями мочеполовой системы

Динамика общей заболеваемости болезнями мочеполовой системы (БМПС) взрослого населения в Российской Федерации свидетельствует о тенденции к увеличению за последнее десятилетие — 2008–2017 гг. Если в 2008 г. было зарегистрировано 13 642 343 человек с заболеваниями мочеполовой системы, то в 2017 г. — уже 15 262 599, что свидетельствует об увеличении числа зарегистрированных больных на 11,9%. На всем протяжении этого периода рост заболеваемости был равномерен. Больные с впервые установленным диагнозом БМПС составили 43,6% от всех зарегистрированных случаев в 2008 г. и 37,2% — в 2017 г. (рис. 1). ■



Рисунок 1. Динамика общей и первичной заболеваемости органов мочеполовой системы

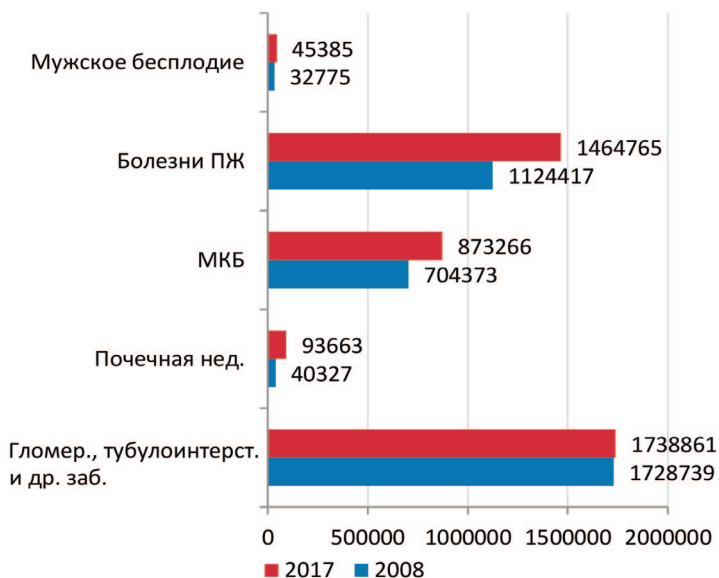


Рисунок 2. Динамика общей заболеваемости органов мочеполовой системы

Изучение динамики отдельных нозологических форм БМПС показало увеличение общего числа пациентов с мочекаменной болезнью (МКБ) (+23,9%), с болезнями ПЖ (+30,3%), с почечной недостаточностью (+132,2%) и мужским бесплодием (+38,5%) (рис. 2).

При изучении структуры заболеваемости в 2017 г. выявлено, что гломерулярные, тубулоинтерстициальные и другие заболевания почек, МКБ и болезни ПЖ в сумме составляют 73% от всех БМПС, а на долю заболеваний ПЖ приходится 27% (рис. 3).

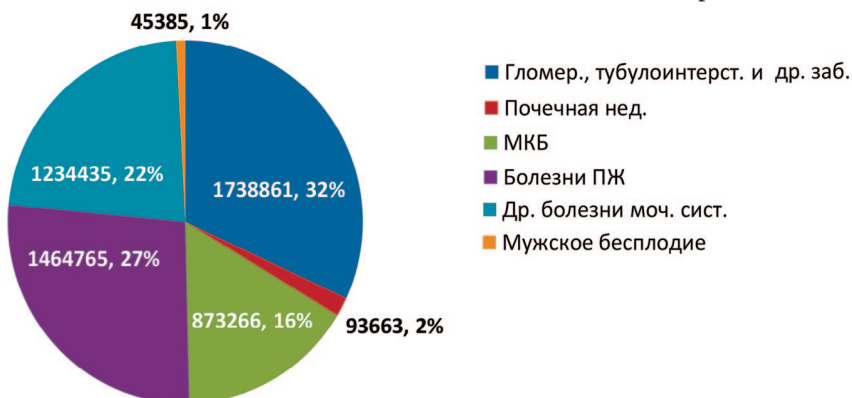


Рисунок 3. Структура общей заболеваемости органов МПС в 2017 г.

Заболеваемость болезнями предстательной железы (ЗБПЖ)

Общая ЗБПЖ взрослого мужского населения

Динамика общей ЗБПЖ в Российской Федерации свидетельствует о неуклонном росте общего числа мужчин, которые страдают заболеваниями ПЖ, при этом прирост заболеваемости составил 30,3% (рис. 4).

В 2008 и 2017 гг. наибольшее число зарегистрированных больных с ЗБПЖ было в Центральном ФО, Приволжском ФО и Сибирском ФО, меньше всего больных с ЗБПЖ было отмечено в Дальневосточном и Северо-Кавказском ФО (рис. 5). ■

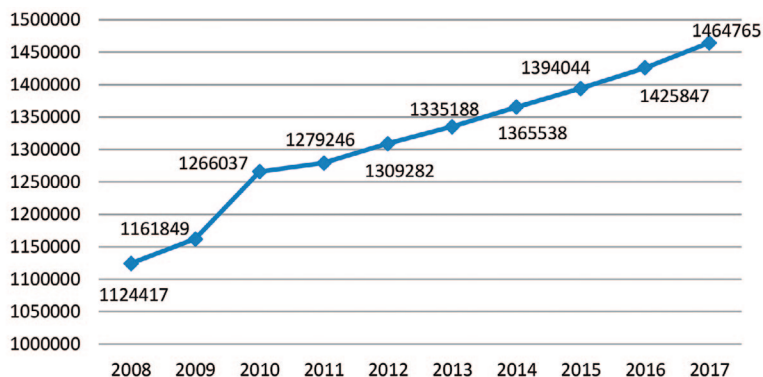


Рисунок 4. Динамика общей ЗБПЖ за период 2008–2017 гг.

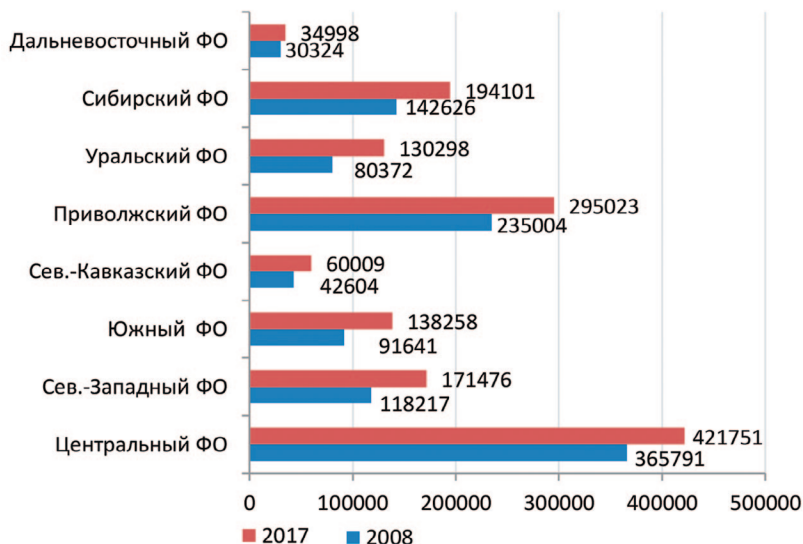


Рисунок 5. Динамика общей ЗБПЖ по федеральным округам

Во всех округах РФ отмечено повышение общей ЗБПЖ, которое составило: в Центральном ФО — 15,2%; в Северо-Западном ФО — 45%; в Южном ФО — 50,9%; в Северо-Кавказском ФО — 40,8%; в Приволжском ФО — 25,5%; в Уральском ФО — 62,1%; Сибирском ФО — 36,1%; Дальневосточном ФО — 15,4 (рис. 6).

Общая ЗБПЖ на 100 тыс. мужского населения.

Общая ЗБПЖ в РФ, рассчитанная на 100 тыс. мужского населения, увеличилась за 9 лет с 2152,1 до 2770,2 (+28,7%) (рис. 7).

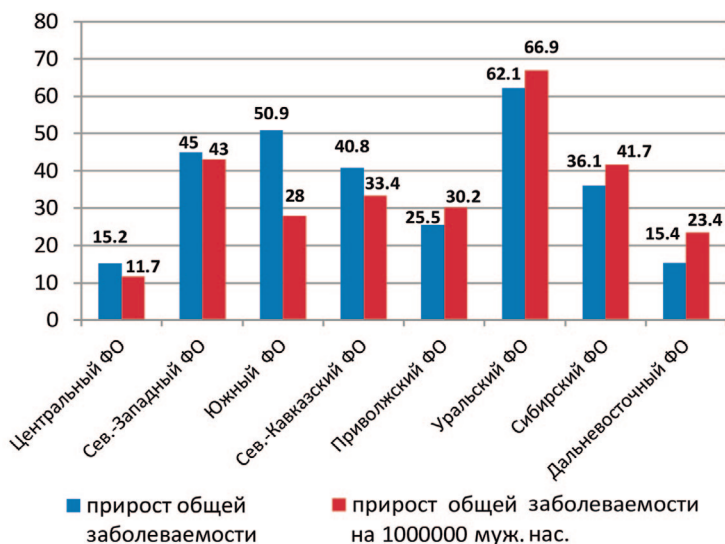


Рисунок 6. Прирост общей ЗБПЖ (%) и общей ЗБПЖ (%) на 100 тыс. мужского населения в ФО РФ

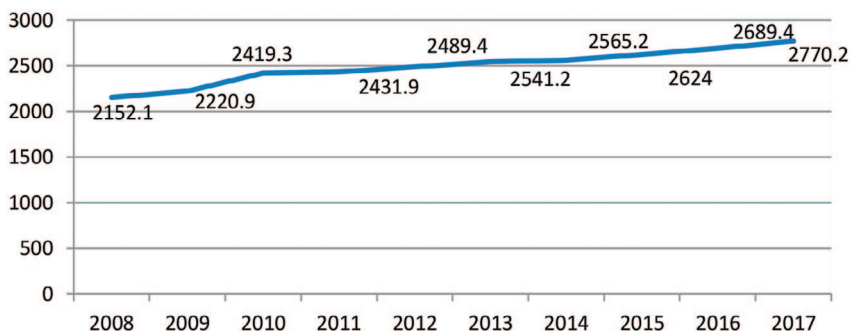


Рисунок 7. Динамика общей ЗБПЖ на 100 тыс. мужского населения в РФ

В 2017 г. наибольшая ЗБПЖ отмечена в Северо-Западном, Центральном, Уральском и Сибирском федеральных округах (рис. 8). При этом в 2007 г. в Центральном и Северо-Западном ФО заболеваемость на 100 тыс. мужского населения превышала общероссийскую, составляя 2608,9 и 2350,6 соответственно. В 2017 г. высокая заболеваемость отмечена в Центральном, Северо-Западном, Уральском ФО, составляя: 2915,1, 3361,7 и 2988,8 соответственно при среднероссийском уровне 2770,1 (рис. 8).

Во всех округах отмечено повышение ЗБПЖ в расчете на 100 тыс. мужского населения, наибольший прирост отмечен в Уральском ФО (+66,9%), Северо-Западном ФО (+43%) и Северо-Кавказском ФО (+33,4%) (рис. 6).

Необходимо отметить большую вариабельность заболеваемости болезнями ПЖ на 100 тыс. мужского населения как по федеральным округам, так и в регионах ФО: этот показатель может отличаться в 3–4 раза (табл. 1). Так, в Калужской области Центрального ФО этот показатель равен 1697,7, а в Воронежской области — 5140,7. Самый низкий показатель общей ЗБПЖ выявлен в следующих регионах: Еврейская автономная область (537,8); Республика Тыва (590,3); Чеченская Республика (859,2); Республика Калмыкия (1258,4). Высокие показатели общей ЗБПЖ на 100 тыс. мужского населения зафиксированы в Санкт-Петербурге (5184,5); Воронежской области (5140,7); Пензенской области (4602,9); Алтайском крае (4475,9) и в г. Москве (4112,6). ■

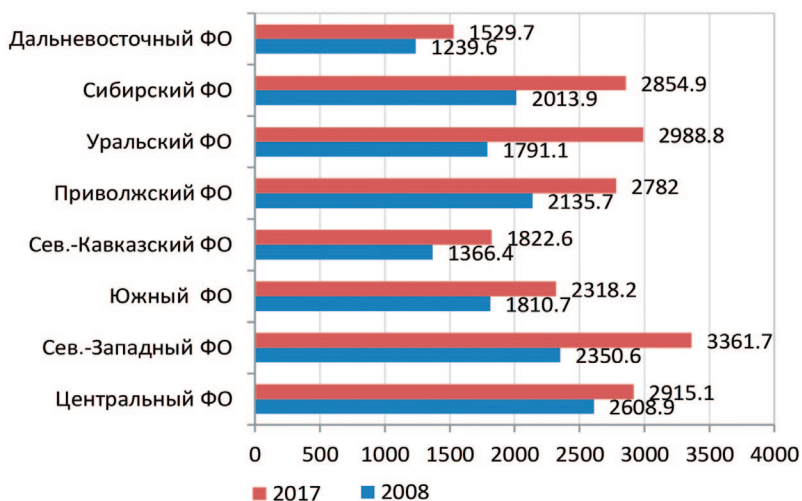


Рисунок 8. Динамика общей ЗБПЖ на 100 тыс. мужского населения по федеральным округам

Таблица 1. Области РФ с наименьшими и наибольшими показателями общей ЗБПЖ на 100 тыс. мужского населения в 2017 году

Области с наименьшими значениями ЗБПЖ на 100 тыс. мужского населения		Области с наибольшими значениями ЗБПЖ на 100 тыс. мужского населения	
округ и область	ЗБПЖ на 100 тыс. мужского населения	округ или область	ЗБПЖ на 100 тыс. мужского населения
Российская Федерация – 2154,1			
Центральный ФО – 2915,1			
Калужская область	1697,7	Воронежская область	5140,7
Курская область	1715,8	г. Москва	4112,6
Ивановская область	1793,1	Орловская область	3236,4
Северо-Западный ФО – 3361,7			
Ленинградская область	1485,4	г. Санкт-Петербург	5184,5
Вологодская область	1897,0	Республика Коми	3436,4
Калининградская область	2086,3	Республика Карелия	3101,8
Южный ФО – 2318,2			
Республика Калмыкия	1258,4	Краснодарский край	2893,9
г. Севастополь	1433,9	Республика Адыгея	2736,4
Северо-Кавказский ФО – 1822,6			
Чеченская республика	859,2	Республика Дагестан	2293,5
Республика Ингушетия	1123,6	Республика Северная Осетия — Алания	2028,1
Приволжский ФО – 2782,0			
Пензенская область	2073,5	Чувашская республика	4602,9
Саратовская область	2205,9	Самарская область	4273,7
Республика Мордовия	2235,4	Ульяновская область	3890,3
Уральский ФО – 2988,8			
Ямало-Ненецкий автономный округ	1932,4	Курганская область	3761,4
Ханты-Мансийский авт. округ — Юрга	2487,5	Тюменская область	3594,9
Сибирский ФО – 2854,9			
Республика Тыва	590,3	Алтайский край	4475,9
Забайкальский край	1696,1	Омская область	3910,9
Республика Бурятия	1705,7	Иркутская область	3338,7
Дальневосточный ФО – 1529,7			
Еврейская автономная область	537,8	Амурская область	2275,9
Сахалинская область	861,5	Камчатский край	1915,1
Чукотский автономный округ	886,5	Хабаровский край	1651,9



Первичная заболеваемость болезнями предстательной железы (БПЖ) взрослого населения

За девятилетний период отмечено увеличение первичной заболеваемости на 5,2%, которое достигло максимума в 2016 г.: 296 288 первично заболевших (рис. 9).

Наибольшее число первично заболевших в 2008 году отмечено в Центральном (74 995), Приволжском (58 177) и Сибирском (40 259) федеральных округах (рис. 10). В 2017 г. отмечена та же тенденция. Однако в Центральном ФО первичная заболеваемость уменьшилась на 17,9% и составила 63 559 случаев (рис. 10). ■

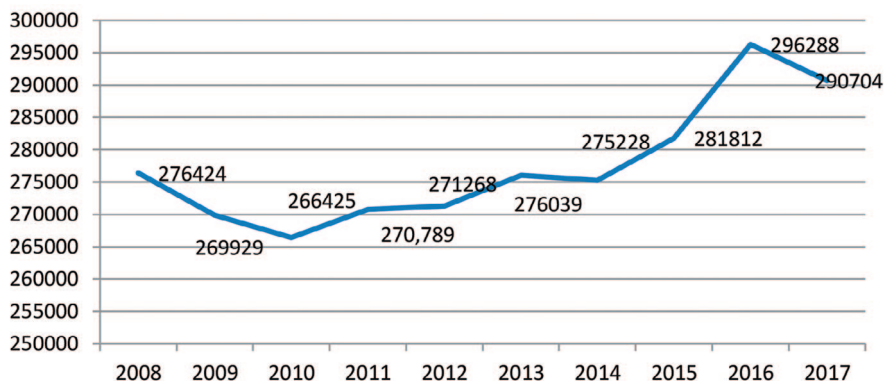


Рисунок 9. Динамика первичной заболеваемости болезнями ПЖ

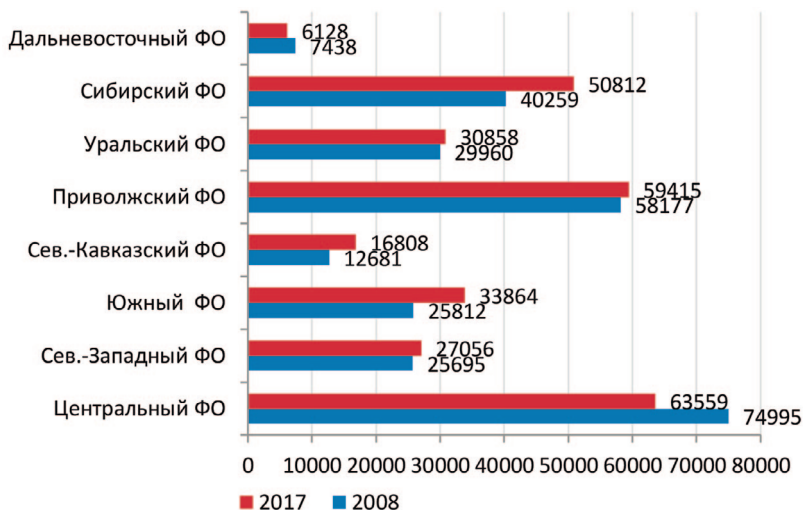


Рисунок 10. Динамика первичной ЗБПЖ в федеральных округах РФ

Во всех федеральных округах РФ, кроме Центрального и Дальневосточного, отмечен прирост первичной ЗБПЖ, который колебался от 2,1% (Приволжский ФО) до 32,5% (Северо-Кавказский ФО) (рис. 11).

Первичная ЗБПЖ взрослого населения на 100 тыс. взрослого мужского населения

Первичная ЗБПЖ на 100 тыс. взрослого мужского населения в РФ за период 2008–2017 гг. колебалась от минимальной (514,8) в 2011 году до максимальной (558,8) в 2016 году, и за изучаемый период прирост составил 3,9% (рис. 12).

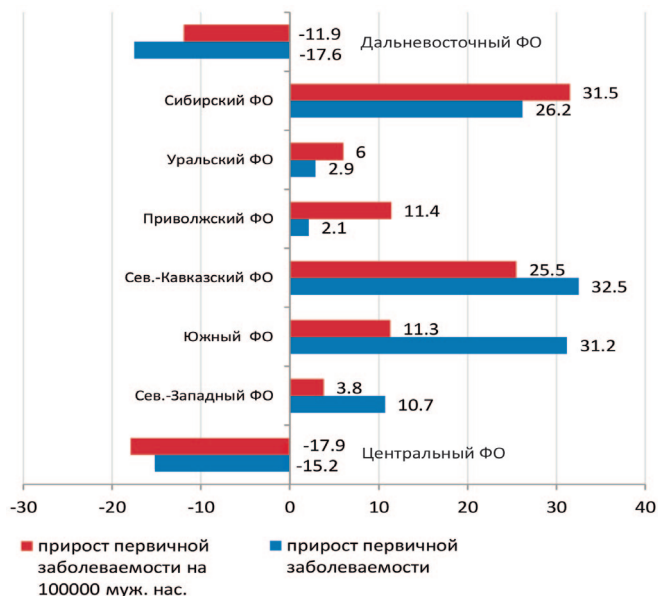


Рисунок 11. Прирост первичной ЗБПЖ (%) на 100 тыс. мужского населения по РФ

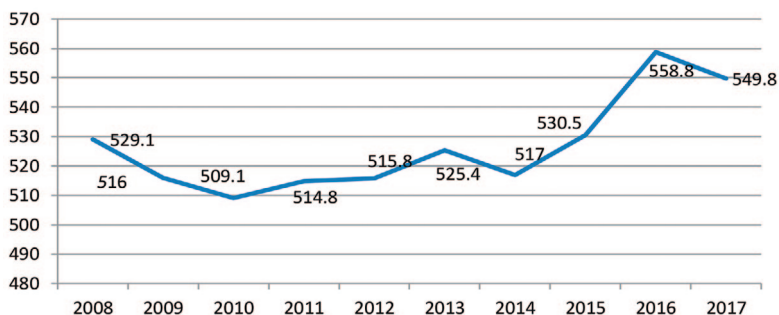


Рисунок 12. Динамика первичной ЗБПЖ на 100 тыс. мужского населения РФ в 2008–2017 гг.

Таблица 2. Области РФ с наименьшими и наибольшими показателями первичной ЗБПЖ на 100 тыс. мужского населения в 2017 г.

Области с наименьшими значениями ЗБПЖ на 100 тыс. мужского населения		Области с наибольшими значениями ЗБПЖ на 100 тыс. мужского населения	
округ и область	ЗБПЖ на 100 тыс. мужского населения	округ или область	ЗБПЖ на 100 тыс. мужского населения
Российская Федерация — 549,8			
Центральный ФО — 439,3			
Тамбовская область	205,3	Воронежская область	722,5
Курская область	230,8	Тульская область	703,8
Смоленская область	262,1	Брянская область	592,1
Северо-Западный ФО — 530,4			
Калининградская область	349,4	Республика Карелия	851,4
Архангельская область	398,7	Республика Коми	651,4
Южный ФО — 567,8			
Республика Калмыкия	1258,4	Краснодарский край	2893,9
г. Севастополь	1433,9	Республика Адыгея	2736,4
Северо-Кавказский ФО — 1822,6			
Кабардино-Балкарская Республика	331,7	Республика Северная Осетия — Алания	813,8
Чеченская Республика	410,2	Республика Дагестан	607,8
Приволжский ФО — 560,3			
Республика Татарстан	422,5	Чувашская республика	1039,9
Саратовская область	451,2	Удмуртская республика	784,4
Уральский ФО — 707,8			
Ханты-Мансийский авт. округ — Юрга	498,0	Свердловская область	1135,7
Сибирский ФО — 747,4			
Республика Тыва	29,4 !!!	Алтайский край	1490,8
Новосибирская область	393,0	Республика Алтай	1157,6
Дальневосточный 267,8			
Хабаровский край	194,8	Камчатский край	481,4
Магаданская область	209,6	Чукотский автономный округ	390,5
Приморский край	225,2	Амурская область	338,2

В 2008 г. наиболее высоким этот показатель был в Уральском (667,7), Сибирском (568,5) и Приволжском (528,7) федеральных округах при среднероссийском показателе — 529,1 случаев. В Дальневосточном (304,1) и Северо-Кавказском (406,7) ФО этот показатель был ниже среднероссийских. В 2017 г. Сибирский, Уральский и Южный ФО оставались регионами с высоким уровнем заболеваемости на 100 тыс. мужского населения (рис. 13).

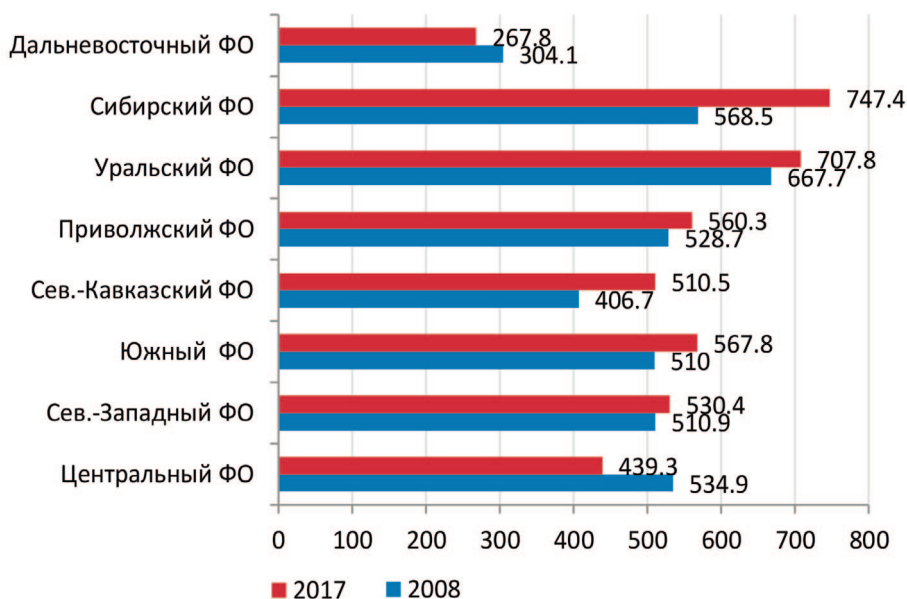


Рисунок 13. Первичная ЗБПЖ на 100 тыс. мужского населения в 2008 и 2017 гг.

В Центральном и Дальневосточном ФО отмечено снижение первичной ЗБПЖ в расчете на 100 тыс. мужского взрослого населения, которое составило 17,9 и 17,6%. Во всех остальных ФО отмечено увеличение этого показателя в пределах от 3,8% (Северо-Западный ФО) до 32,5% — в Северо-Кавказском ФО (рис. 10).

Отмечено значительное различие первичной ЗБПЖ на 100 тыс. мужского населения в регионах РФ (табл. 2). Так, в Республике Тыва этот показатель равен 29,4: в 25 раз меньше, чем в среднем по Сибирскому федеральному округу, и в 18 раз меньше, чем в среднем по Российской Федерации. Также значительно снижена первичная заболеваемость в Хабаровском крае (194,8), Магаданском крае (209,6), Тамбовской области (205,3) и других регионах страны. В то же время в ряде областей (Республика

Карелия, Республика Адыгея, Чувашская Республика, Алтайский край) первичная заболеваемость на 100 тыс. мужского населения в 2–5 раз выше средней по РФ.

Обсуждение

В общей структуре урологических болезней заболевания предстательной железы (ЗПЖ) составляют более 25%, причем основная часть — это больные ДГПЖ и простатитом [17, 18]. Однако точных данных о числе больных ДГПЖ и простатитом ни в России, ни в мире не существует. Для этого необходимо проведение масштабных эпидемиологических исследований в различных регионах РФ, что затруднительно с организационной и финансовой точек зрения. Более полные эпидемиологические данные могут появиться в результате начатой цифровизации здравоохранения.

Ряд авторов указывают, что в официальной статистике ЗПЖ занимают незначительную долю (6,7%) в структуре общей заболеваемости БМПС, но подчеркивают, что этот уровень регистрации не соответствует фактической распространенности ЗПЖ, так как существенное число больных лечится в коммерческих медицинских центрах и не учтено в общей статистике [19].

В 2013–2016 гг. НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина при содействии Администрации и Минздрава Воронежской области провел в регионе популяционное исследование распространенности симптомов нарушения функции нижних мочевых путей (СНМП) у мужчин, которое позволило ориентировочно определить число мужчин 40–69 лет с умеренными и выраженными СНМП (разной этиологии), составившее 2 624 300 человек и рассчитать, что ожидаемое число мужчин с этими расстройствами в нашей стране составляет примерно 13 млн человек [20].

В 2017 г. был выполнен систематический и метаанализ для определения распространенности ДГПЖ в различных странах мира [21]. Было показано, что в среднем в мире распространенность ДГПЖ составляет 26,2%, при этом наибольший показатель в общей популяции мужчин отмечен в Японии в 1995 г. (36,6%), Испании в 1996 г. (30,4%), Англии, Шотландии, Уэльсе в 1999 г. (41%), США в 2007 г. (42%). Низкой была заболеваемость в таких странах, как Франция в 1993 г. (14,2%), в некоторых штатах США в 2007 г. (18,4%), в Республике Гана в 2012 г. (13,3%) и Китае в 2015 г. (12,0%). Авторы не отметили значительных колебаний ■

заболеваемости ДГПЖ в течение 20 лет. Также отмечено увеличение заболеваемости с возрастом и то, что 50–70% мужчин старше 70 лет страдают ДГПЖ.

Экстраполируя мировые данные на население России, можно рассчитать, что более 13 млн мужчин старше 18 лет могут иметь ту или иную степень ДГПЖ, которая часто протекает бессимптомно, что совпадает с данными Аполихина О.И. и соавт. [20].

Вошула В.И. и соавт. сообщают, что официальное число зарегистрированных лиц с клинически диагностированной ДГПЖ в Беларуси составляет 44 521 человек, и это как минимум в 11 раз меньше, чем гипотетически рассчитанное, которое должно составить 504 191 [22]. Данный факт можно объяснить тем, что далеко не каждый случай ДГПЖ сопровождается СНМП умеренного или выраженного характера, в связи с чем пациенты не обращаются к врачу.

Также в мировой и отечественной литературе нет однозначных данных о частоте встречаемости простатита и его различных форм.

Хронический простатит является распространенным урологическим заболеванием, поражающим от 8 до 35% мужчин молодого и зрелого возраста [23, 24]. Наиболее часто встречается в возрасте от 20 до 50 лет.

По данным Доста Н.И. и соавт., среди воспалительных урогенитальных заболеваний ХП является наиболее распространенным [25]. Кульчавеня Е.В. и соавт. указали, что в структуре амбулаторного приема уролога муниципальной поликлиники в рамках ОМС доля больных ХП составила 2,5%. Наличие платных услуг увеличило долю ХП в структуре урологического приема до 11,5–17,7% [26].

Глыбочко П.В. и соавт. считают проблему ХП переоцененной и отмечают, что заболеваемость ХП составляет около 9% [27].

По данным Khan F.U. и соавт. простатит является третьим по распространенности урологическим заболеванием среди мужчин, уступая лишь ДГПЖ и РПЖ [28].

На основании анализа литературных данных можно предположить, что частота диагностики простатита должна составлять примерно 10–15% от всего взрослого мужского населения и, следовательно, колебаться от 500 до 700 случаев на 100 тыс. населения в различных возрастных категориях.

Простатит— это воспаление предстательной железы инфекционного или неинфекционного происхождения, имеющее широкий спектр клинических проявлений. К признакам, которые могут сопровождать простатит, относят: наличие

инфекции, воспаления; нарушение кровоснабжения; застойные явления в ПЖ; нейровегетативные расстройства моторной функции ПЖ и нижних мочевых путей; нейрогенные нарушения функции мышц тазового дна; нарушение барьерной функции ПЖ; нарушения иммунитета и другие.

В современной классификации простатита, предложенной в 1995 г. Национальным институтом здоровья США, выделены категории, которые включают острый и хронический простатит, инфекционный и неинфекционный простатит, воспалительный синдром хронической тазовой боли и невоспалительный синдром хронической тазовой боли. Однако в реальной клинической практике эти синдромы практически никогда не встречаются изолированно, что затрудняет диагностику в целом [29].

Необходимо подчеркнуть неспецифичность признаков простатита: боль, СНМП одинаково часто отмечают и при других заболеваниях ПЖ (ДГПЖ, РПЖ, заболевания мочевого пузыря, нейрогенная дисфункция мочевого пузыря и др.). К сожалению, на амбулаторно-поликлиническом уровне не всегда удается провести дифференциально-диагностические исследования и верифицировать диагноз простатита.

Таким образом, все это подчеркивает трудности эпидемиологической оценки заболеваемости ПЖ.

Сопоставив данные официальной статистики и результаты некоторых эпидемиологических исследований, можно сделать вывод, что во многих случаях заболевания предстательной железы могут не диагностироваться (либо в связи с необращаемостью к врачу, либо с недоступностью квалифицированной специализированной урологической и андрологической помощи), информация о больных может не поступать в органы медицинской статистики из коммерческих медицинских центров, а истинная распространенность заболеваний предстательной железы может оставаться неизвестной из-за отсутствия современной классификации и критериев оценки.

Выводы

В последние годы ЗБПЖ населения РФ постоянно растет, что связано, с одной стороны, с ростом доли пожилого населения и более эффективным выявлением заболеваний путем внедрения новых методов диагностики, а с другой — с недостаточной эффективностью системы профилактики и ■

предотвращения заболеваний. Анализ статистической информации о заболеваемости в Российской Федерации позволил констатировать следующие закономерности:

1. За период 2008–2017 гг. в Российской Федерации отмечено увеличение на 11,9% заболеваемости болезнями мочеполовой системы взрослого населения. Больные с первично установленным диагнозом БМПС составили в 2008 г. 43,6%, в 2017 — 37,2%. За 10-летний период отмечено увеличение общего числа случаев мочекаменной болезни на 23,9%, заболеваний ПЖ на 30,3%, почечной недостаточности — на 132,2%, мужского бесплодия — на 38,5%.

2. В общей структуре заболеваемости БМПС болезни предстательной железы (БПЖ) составляют 27%. В 2007 году было зарегистрировано 1 124 417 случаев БПЖ, в 2017 — 1464765, прирост составил 30,3%. Общая заболеваемость БПЖ на 100 тыс. мужского населения увеличилась с 2152,1 в 2008 г. до 2770,2 в 2017 г. прирост составил 28,7%. Первичная ЗБПЖ увеличилась за изучаемый период на 5,2%. Первичная ЗБПЖ на 100 тыс. мужского населения увеличилась на 3,6% и колебалась от 516 в 2008 г. до 549,8 — в 2017 г.

3. На территории РФ показатели ЗБПЖ заметно отличаются не только в федеральных округах, но и регионах одного и того же округа, при этом различие может достигать более 200%, что свидетельствует о существенных погрешностях в сборе медицинских статистических данных.

4. ЗБПЖ по данным официальных источников значительно ниже мировых данных о заболеваемости БПЖ и результатов популяционных исследований.

5. Для получения реальных сведений о заболеваемости органов мочеполовой системы в общем и БПЖ в частности необходимо улучшить сбор статистических данных, в том числе из частных клиник. Необходимы организация и проведение эпидемиологических пилотных исследований, изучение корреляции с факторами риска (ожирением и метаболическим синдромом) и цифровизация здравоохранения. ■

Источники:

1. Лопаткин Н.А. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. М.: 1999. 287 с.
2. Пушкарь Д.Ю., Раснер П.И. Современный алгоритм обследования и лечения больных аденомой предстательной железы. Урология 2007;(3):87-93.
3. Просянкиков М.Ю. Результаты внедрения комплексной этапной стандартизированной программы диагностики и лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы. Социальные аспекты здо-





ровья населения 25/02/2015. URL: <http://vestnic.mtdnet.ru>

4. Berry SJ, Coffey DS, Walsh PC, Ewing L. The development of human benign prostatic hypertrophy with age. *J Urol* 1984;132(3):474-479.

5. Аполихин О.И., Сивков А.В., Бешилиев Д.А., Солнцева Т.В., Комарова В.А., Зайцевская Е.В. Анализ урологической заболеваемости в Российской Федерации в 2002–2009 гг. по данным официальной статистики. *Экспериментальная и клиническая урология* 2011;(1): 4-10.

6. Каприн А.Д., Аполихин О.И., Сивков А.В., Москалева Н.Г., Солнцева Т.В., Комарова В.А. Анализ уро-нефрологической заболеваемости и смертности в Российской Федерации за 2003–2013 гг. *Экспериментальная и клиническая урология* 2015;(2): 4-12.

7. Аполихин О.И., Какорина Е.М., Сивков А.В., Бешилиев Д.А., Солнцева Т.В., Комарова В.А. Состояние урологической заболеваемости в Российской Федерации по данным официальной статистики. *Урология* 2008;(3): 3-9.

8. Аполихин О.И., Сивков А.В., Бешилиев Д.А., Солнцева Т.В., Комарова В.А. Анализ уро-нефрологической заболеваемости в Российской Федерации по данным официальной статистики. *Экспериментальная и клиническая урология* 2010;(1): 4-11.

9. Аполихин О.И., Сивков А.В., Москалева Н.Г., Комарова В.А. Анализ уро-нефрологической заболеваемости детей в Российской Федерации по данным официальной статистики (1999–2009 гг.). *Экспериментальная и клиническая урология* 2011;(4): 4-11.

10. Аполихин О.И., Сивков А.В., Солнцева Т.В. Инвалидность вследствие заболеваний мочеполовой системы в Российской Федерации по данным официальной статистики. *Экспериментальная и клиническая урология* 2012;(1): 4-10.

11. Аполихин О.И., Сивков А.В., Солнцева Т.В., Комарова В.А. Анализ урологической заболеваемости в Российской Федерации в 2005–2010 гг. *Экспериментальная и клиническая урология* 2012;(2): 4-12.

12. Аполихин О.И., Сивков А.В., Москалева Н.Г., Солнцева Т.В., Комарова В.А. Анализ уро-нефрологической заболеваемости и смертности в Российской Федерации в 2010–2011 гг. *Экспериментальная и клиническая урология* 2013;(2): 4-8.

13. Аполихин О.И., Сивков А.В., Москалева Н.Г., Солнцева Т.В., Комарова В.А. Анализ уро-нефрологической заболеваемости и смертности в Российской Федерации за десятилетний период (2002–2012 гг.) по данным официальной статистики. *Экспериментальная и клиническая урология* 2014;(2): 4-12.

14. Каприн А.Д., Аполихин О.И., Сивков А.В., Солнцева Т.В., Комарова В.А. Анализ уро-нефрологической заболеваемости и смертности в Российской Федерации за период 2002–2014 гг. по данным официальной статистики. *Экспериментальная и клиническая урология* 2016;(3): 4-13.

15. Аполихин О.И., Сивков А.В., Комарова В.А., Просянников М.Ю., Голованов С.А., Казаченко А.В. и др. Заболеваемость мочекаменной болезнью в Российской Федерации (2005–2016 гг.). *Экспериментальная и клиническая урология* 2017;(4):4-14.

16. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем; 10-й пересмотр, 1992. Т. 1. С. 61-63.



17. Кривонос О.В., Скачкова Е.И., Малхасян В.А., Пушкарь Д.Ю. Состояние, проблемы и перспективы развития российской урологической службы. *Урология* 2012;(5):5-12.
18. Лоран О.Б., Сегал А.С. Хронический простатит. *Материалы X съезда урологов. М., 2002. С. 209-222; Болезни предстательной железы. Под ред. чл.-корр. РАМН Ю.Г. Аляева. ММ.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.*
19. Зуева Т.В., Богланов Ю.А., Карпунина Т.И. Эпидемиологическая оценка заболеваемости болезнями предстательной железы на территории города Пермь. *Медицинский альманах* 2013;26(2):120-122.
20. Аполихин О.И., Сивков А.В., Золотухин О.В., Шадеркин И.А., Войтко Д.А., Просянных М.Ю. и др. Распространенность симптомов нарушения функции нижних мочевых путей у мужчин по результатам популяционного исследования. *Экспериментальная и клиническая урология* 2018;(2): 4-12.
21. Lee SWH, Chan EMC, Lai YK. The global burden of lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic hyperplasia: a systematic review and meta-analysis. *Sci Rep* 2017;7(1):7984. doi: 10.1038/s41598-017-06628-8.
22. Воцула В.И., Пранович А.А., Щавелева М.В. Эпидемиологические аспекты заболеваемости доброкачественной гиперплазией предстательной железы в республике Беларусь. *Вопросы организации и информатизации здравоохранения* 2010(1): 42-47.
23. Локшич К. Л. Актуальные вопросы этиологии, эпидемиологии и лечения острого и хронического бактериального простатита — новые данные на 2013 г. *Эффективная фармакотерапия* 2013;(16): 34–43.
24. Vahlensieck W, Ludwig M, Naber K, Fabry W. Prostatitis – diagnostics and therapy. *Aktuelle Urologie* 2013; 44(2):117–123 . doi: 10.1055/s-0033-1337934.
25. Доста Н.И., Севастьянов Н.С. Простатит: современные аспекты этиопатогенеза, диагностики и лечения. *Рецепт* 2014;93(1):124-130.
26. Кульчавена Е.В., Холтобин Д.П., Шевченко С.Ю., Патапов В.В., Зулин Я.В. Частота хронического простатита в структуре амбулаторного урологического приема. *Экспериментальная и клиническая урология* 2015;(1): 16-18.
27. Глыбочко П.В., Яляев Ю.Г., Демидко Ю.Л., Мянни к С.А. Применение растительных препаратов в лечении хронического простатита. *Эффективная фармакотерапия* 2012;(43):26-31.
28. Khan FU, Ihsan AU, Khan HU, Jana R, Wazir J, Khongorzul P, et al. Comprehensive overview of prostatitis. *Biomed Pharmacother* 2017;94:1064-1076. doi: 10.1016/j.biopha.2017.08.016.
29. Сивков А.В., Ромих В.В., Захарченко А.В., Борисенко Л.Ю., Пантелеев В.В., Аполихин О.И. Коррекция симптомов нарушения мочеиспускания и сексуальных расстройств у пациентов с синдромом хронической тазовой боли: дифференцированный подход. *Экспериментальная и клиническая урология* 2019;(1):120-127. doi: 10.29188/222-8543-2019-1-120-127 .