

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ МУЖСКОЙ УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ: УЗБЕКИСТАН ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ МИРОВОЙ СТАТИСТИКИ



Батиров Бехзод Аминджанович, Гафаров Рушен Рефатович
Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ЭРКАКЛАР УРОЛОГИК ПАТОЛОГИЯСИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ: ЎЗБЕКИСТОН ЖАҲОН СТАТИСТИКАСИ УЗРА

Батиров Бехзод Аминджанович, Гафаров Рушен Рефатович
Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

EPIDEMIOLOGY OF MALE UROLOGICAL PATHOLOGY: UZBEKISTAN THROUGH THE WORLD STATISTICS

Batirov Bekhzod Aminjanovich, Gafarov Rushen Refatovich
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: urologiya.km@mail.ru

Резюме. Эркаklar урологик патологиясининг эпидемиологиясига бағишланган шарҳий мақолада простата безининг хавфсиз гиперплазияси, простата бези саратони, эректил дисфункция ва муддатдан олдин эякуляция каби касалликларнинг тарқалиши бўйича глобал статистик маълумотлар келтирилган. Ўзбекистон Республикасида ушбу патологияларнинг тарқалиши бўйича мавжуд маълумотлар ўрин олган. Касалликларнинг тарқалиши ва оғирлигини баҳолашда аҳолининг катта қисмини қамраб олиш имконини берувчи махсус сўровномалар ва шкалалардан фойдаланиш зарурлиги қайд этилган.

Калим сўзлар: простата безининг хавфсиз гиперплазияси, простата бези саратони, эректил дисфункция, муддатдан олдин эякуляция, эпидемиология, ташиxis.

Abstract. The review article on the epidemiology of male urological pathology presents global statistics on the prevalence of diseases such as benign prostatic hyperplasia, prostate cancer, erectile dysfunction and premature ejaculation. Available data on the prevalence of these pathologies in the Republic of Uzbekistan are included. In assessing of the prevalence and severity of diseases, the need to use special questionnaires and scales that allow covering a large volume of the population is of high importance.

Key words: benign prostatic hyperplasia, prostate cancer, erectile dysfunction, premature ejaculation, epidemiology, diagnosis.

Введение. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) заболевания органов мочеполовой системы среди всех причин смертности составляют около 3% и занимают седьмое место. Данные ВОЗ от 2019 года демонстрируют, что в Узбекистане структура общей смертности от заболеваний мочеполовой системы составила 2482 случая, причем наибольшая смертность приходилась на возраст 55-74 лет [47].

Оценка Глобального бремени болезней показывает, что «болезни почек и мочевыводящих путей ежегодно являются причиной примерно 830 000 смертей и приводят к инвалидности 18 467 000 людей, занимая 12-е место среди причин

смерти (1,4 процента всех смертей) и 17-е место среди причин инвалидности» [34].

Материал и методы. В медицинских базах данных PubMed, Science Direct, Google Scholar был осуществлён поиск публикаций с использованием ключевых слов: доброкачественная гиперплазия предстательной железы, рак предстательной железы, эректильная дисфункция, преждевременная эякуляция, эпидемиология, распространённость, диагностика.

Результаты. В структуре урологической патологии мужчин преобладают воспалительные и опухолевые болезни предстательной железы. Так, у порядка 60% пациентов диагностируется хронический простатит. Более 70% мужчин в воз-

расте старше 60 лет страдают доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ) [6]. Распространенность рака предстательной железы (РПЖ) в России составляет 33,69 на 100 тысяч взрослого мужского населения и имеет отчетливую тенденцию к росту [12, 14].

Вместе с тем, в урологии существует пул заболеваний, связанных с мужской сексуальностью, которые принято относить к андрологическим проблемам. Эти заболевания не представляют угрозы для жизни, не приводят к инвалидности, но неблагоприятно отражаются на качестве жизни пациента, психологическом комфорте, социальном позиционировании, межличностных отношениях. Сюда можно отнести эректильную дисфункцию, преждевременную эякуляцию, снижение либидо и др. [8].

Кроме перечисленных выше состояний, к снижению качества жизни мужчин приводят также многочисленные симптомы нижних мочевых путей, обусловленные ДГПЖ. ДГПЖ, по данным исследований, наблюдается в среднем у 80% мужчин старше 60 лет и является частой причиной госпитализации в урологическую клинику. Гистологическая встречаемость ДГПЖ при исследовании аутопсийных материалов варьирует от 50 до 60% у мужчин в возрасте 60-70 лет и достигает 70-80% у мужчин старше 70 лет [35, 36, 37, 45].

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) – одно из наиболее распространенных заболеваний мужчин пожилого возраста. ДГПЖ – это проблема не только урологическая, она имеет важное социальное значение, т.к. составляет порядка 40% от всех заболеваний мужчин старше 50 лет, а учитывая тот факт, что последние десятилетия отмечается тенденция к старению населения планеты и увеличению продолжительности жизни мужчин, данная патология будет иметь всё возрастающее медико-социальное значение. ДГПЖ ассоциирована с симптомами нижних мочевых путей (СНМП), которые в значительной мере снижают качество жизни мужчин [9, 19]. По данным Welliver C. et al. [46] общие затраты на лечение СНМП/ДГПЖ в 2013 г. составили не менее 1,9 млрд долларов США.

Известно, что пожилой возраст является фактором риска дебюта клинических проявлений, а также прогрессирования ДГПЖ. С возрастом происходит увеличение объема предстательной железы и результаты ряда исследований предполагают скорость увеличения предстательной железы у пожилых мужчин на примерно 2,0-2,5% в год [31, 32]. Продолжающееся увеличение предстательной железы является фактором риска прогрессирования СНМП, задержки мочи и необходимости хирургического вмешательства [31].

Среди сельского населения Хорезмской области Республики Узбекистан признаки доброкачественной гиперплазии предстательной железы были обнаружены у 3,01% обследованных старше 50 лет [15].

Увеличение числа больных с ДГПЖ обусловлено не только увеличением продолжительности жизни мужчин, но и высокой обращаемостью пациентов в связи с информированностью о существующих в настоящее время возможностях диагностики, медикаментозного и хирургического лечения [11]. Немаловажную роль в этом играют средства массовой информации и различные социальные сети.

Несмотря на это, по данным российских урологов доля мужчин с ДГПЖ, обращающихся к специалисту, составляет не более 7% от всей когорты пациентов с клиническими симптомами [4, 5, 16, 18]. Можно предположить, что в Узбекистане данная цифра окажется ещё более значительной, поскольку среди населения имеет место характерная особенность связывать различные нарушения мочеиспускания не с каким-либо заболеванием, в частности с ДГПЖ, а ассоциировать дизурические симптомы лишь с возрастом. Это, естественно, приводит к запоздалой диагностике, появлению различных осложнений и необходимости в дорогостоящем стационарном лечении.

Обязательные исследования, выполняемые при диагностике ДГПЖ – это сбор анамнеза, физикальное обследование, включающее пальцевое ректальное исследование простаты, общий анализ мочи. Также необходимы заполнение опросника IPSS - International Prostate Symptom Score (Международная система суммарной оценки заболеваний предстательной железы) и оценка уровня простатспецифического антигена (ПСА) [29, 33].

Опросник IPSS позволяет оценить степень выраженности клинических симптомов ДГПЖ и состоит из 7 вопросов, оценивающих СНМП, обусловленные ДГПЖ, а также 8-го вопроса – оценивающего качество жизни пациента, его беспокойность данными симптомами. Существует валидированная версия данного опросника на узбекском языке [3].

ДГПЖ-ассоциированные нарушения мочеиспускания зачастую приводят к ещё одной проблеме – развитию эректильной дисфункции (ЭД). Существуют мнения о взаимосвязи двух этих явлений и значительном снижении качества жизни при ЭД в сочетании с СНМП [20].

ЭД, ранее известная под термином «импотенция», представляет собой неспособность достичь или поддерживать эрекцию полового члена, достаточную для совершения удовлетворительного полового акта. ЭД – это патологическое состояние, которое встречается у 19% мужчин в

возрасте от 25 до 70 лет и у более 25% мужчин в возрасте 50 лет. Для постановки диагноза ЭД нарушения эрекции должны сохраняться на протяжении не менее 3 месяцев. В особых ситуациях, когда причиной ЭД является травма или хирургическое вмешательство (например, радикальной простатэктомией), возможна единовременная постановка диагноза [26].

Высока общемировая распространённость ЭД - по прогнозам, к 2025 году её распространённость составит около 322 миллионов человек, при этом наиболее высокие показатели по данным литературы зарегистрированы в США и странах Азии [42].

Возникновение ЭД – важный предиктор таких заболеваний, как артериальная гипертензия (АГ), ишемическая болезнь сердца (ИБС), атеросклероз, сахарный диабет (СД). Поэтому имеет значение обследовать пациентов с ЭД на предмет наличия кардиоваскулярной патологии и сахарного диабета. В современном мире кардиоваскулярные заболевания (чаще всего АГ), ЭД, социальный и симптомы депрессии представляют собой «mutually reinforcing triad» – «взаимно потенцирующую триаду» – главную проблему здоровья мужчин в XXI веке» [13].

Диагноз и тяжесть клинического течения ЭД определяются при помощи опросника МИЭФ - Международного индекса эректильной функции. Это широко распространённый метод оценки симптомов ЭД, подходящий как для рутинной клинической практики, так и для научных целей. МИЭФ был переведен и валидирован для более чем 32 языков мира [30]. В настоящее время существует две версии МИЭФ: оригинальная версия с 15 вопросами (МИЭФ-15) и сокращённая версия с пятью вопросами (МИЭФ-5). МИЭФ-5 был разработан Rosen R.C. et al. (1997, 1999) [38, 39].

В эпидемиологическом исследовании российских урологов, основанном на результатах опроса 1225 мужчин в возрасте 20-75 лет при анализе опросника МИЭФ-5 (Международный индекс эректильной функции) было выявлено, что лишь у 10,1% опрошенных мужчин отсутствуют признаки ЭД, легкая степень ЭД отмечена у 71,3%, средняя степень ЭД – у 6,6% и тяжелая степень – у 12% респондентов. Таким образом, из 1225 опрошенных мужчин симптомы ЭД присутствовали у 1101 респондента [13].

В недавнем эпидемиологическом исследовании среди пакистанских мужчин была зарегистрирована более высокая частота встречаемости ЭД среди мужчин старших возрастных групп. Авторы подчеркивают необходимость проведения рутинного скрининга для выявления ЭД на уровне первичного звена здравоохранения, а также указывают на вероятность занижения реальных показателей ввиду особенностей восприятия па-

циентами проблем с эрекцией, сокрытия симптомов, что в свою очередь требует дальнейших исследований [40].

Наряду с ЭД к наиболее распространённым нарушениям мужской сексуальности относится преждевременная эякуляция, которая отмечается у 30% мужчин в возрасте от 40 до 80 лет. При этом, результаты многочисленных исследований, проведённых в разных странах мира, демонстрируют распространённость ПЭ в пределах от 3% до 30% [22].

По определению Международного общества сексуальной медицины (International Society for Sexual Medicine, ISSM) «преждевременная эякуляция (ПЭ) – это мужская сексуальная дисфункция, которая характеризуется:

- семяизвержение всегда или почти всегда происходит до вагинальной пенетрации или в течение первой минуты от начала полового акта (первичная форма) или значимым уменьшением времени интравагинальной задержки семяизвержения до 3 мин и менее (приобретенная форма);
- невозможностью отсрочить эякуляцию во время полового акта всегда или почти всегда;
- наличием негативного влияния на межличностные отношения партнеров в виде беспокойства, разочарования и избегания близости [7, 21, 41].

В диагностике ПЭ важная роль отводится анкетированию пациентов. Для этого предложено несколько опросников, среди которых PEDT (Premature Ejaculation Diagnostic Tool), AIPE (Arabic Index of Premature Ejaculation), PEP (Premature Ejaculation Profile), IPE (Index of Premature Ejaculation), Опросник для оценки сексуального здоровья мужчин в отношении эякуляторной функции (Male Sexual Health Questionnaire Ejaculatory Dysfunction – MSHQ-EjD) [23, 28].

Только 2 опросника – PEDT и AIPE в соответствии с рекомендациями ЕАУ позволяют определять наличие ПЭ. Недостатками этих опросников являются трудности в дифференциации первичной (врождённой) и вторичной (приобретённой) ПЭ. В 2014 г. в Узбекистане был разработан «Узбекский Индекс Преждевременной Эякуляции» (УИПЭ), который позволил прицельно выявлять и более точно диагностировать ПЭ. Изначально была разработана русскоязычная версия, которая затем была валидирована для узбекоговорящих респондентов и ни в чем не уступала оригинальному варианту [2].

Невозможно обойти вниманием проблему онкоурологической заболеваемости. Так, в Узбекистане показатель заболеваемости онкологической патологией в 2017 году составлял 70,8 на 100 тыс. населения. Данный показатель был самым высоким в городе Ташкенте и самым низким в Сырдарье и Сурхандарьинской областях [17].

В настоящее время отмечается общемировой рост встречаемости рака предстательной железы (РПЖ). При этом в большинстве развитых стран мира данный вид рака относится к числу наиболее часто регистрируемых, а по мнению некоторых авторов является наиболее часто встречающимся злокачественным новообразованием у мужчин. Ежегодно регистрируется более 1 млн новых случаев РПЖ [24, 25, 27, 42, 44].

По Республике Узбекистан в 2012 г. было выявлено 6,2% новых случаев РПЖ по отношению к новым больным. По структуре рака в большинстве (70,7%) выявленных случаев РПЖ относились к III или IV стадии. 1-летняя летальность составила 3,1 на 100 тыс. населения. 5-летняя выживаемость составила 33,5% по отношению к общему числу наблюдений [10].

Обсуждение. Заболевания мочеполовой системы отмечается среди пациентов всех возрастов с тенденцией к поражению наиболее трудоспособной его части – лиц в возрасте до 40 лет. Временная нетрудоспособность, инвалидизация, снижение качества жизни больных обуславливает высокую социально-экономическую значимость урологических заболеваний, которая приобретает ещё большую выраженность в условиях неблагоприятной и ухудшающейся экологической обстановки. К таким регионам могут быть отнесены зона Приаралья, Хорезмская область Республики Узбекистан. В этих областях за последние десятилетия отмечается рост целого ряда урологических проблем – инфекционно-воспалительных заболеваний, мочекаменной болезни, заболеваний предстательной железы и др. [1].

Несмотря на большой объём данных, представленный в литературе относительно распространённости, медико-социального значения урологических заболеваний, эти сведения носят в основном гнёздный характер, не всегда имеет место широкий охват пациентов, зачастую нивелируются результаты работы первичного звена здравоохранения, либо отмечается некоторая разрозненность полученных результатов, что требует новых исследований, лишенных указанных недостатков.

Заключение. Необходимо подчеркнуть, что имеющиеся в настоящее время сведения касательно урологической заболеваемости, распространённости урологических заболеваний в Республике Узбекистан не в полной мере отражают существующее положение вещей и в определённой степени являются устаревшими. Для изучения реального положения вещей и объективной оценки сложившейся ситуации необходимо свежие данные, основанные на эпидемиологических исследованиях в сфере урологической патологии.

Литература:

1. Акилов Ф.А., Маматкулов Б.М.,

Худайбергенов У.А., Нуралиев Т.Ю., Худойбердиев Х.Б., Рахимов М.К. Распространённость урологических заболеваний в регионе Приаралья. Экспериментальная и клиническая урология № 2 2012 стр. 13-17.

2. Акилов Ф.А., Махмудов А.Т., Шавахабов Т.Т., Мирхамидов Д.Х. Сравнительное исследование оригинальных опросников оценки индекса преждевременной эякуляции. Экспериментальная и клиническая урология. 2015. - №2. – С. 102-107.

3. Акилов Ф.А., Рахмонов О.М., Мирхамидов Д.Х., Алиджанов Ж.Ф. Оценка надёжности и валидности узбекской и русской версии опросника международной шкалы оценки простатических симптомов -(IPSS) // Экспериментальная и клиническая урология. – 2012. – №4. – С. 63-66.

4. Аполихин О.И., Комарова В.А., Никушина А.А., Сивков А.В. Болезни предстательной железы в Российской Федерации: статистические данные 2008-2017 гг. Экспериментальная и клиническая урология. – 2018. – №4. – С. 4–14.

5. Аполихин О.И., Сивков А.В. с соавт. Анализ уронефрологической заболеваемости в РФ по данным официальной статистики. // Экспериментальная и клиническая урология, 2010. № 2. С. 4-10.

6. Аполихин О.И., Сивков А.В., Комарова В.А., Никушина А.А. Болезни предстательной железы в Российской Федерации: статистические данные 2008–2017 гг. Дайджест урологии №5 2021, стр. 13-30.

7. Гамидов С.И., Попова А.Ю., Шатылко Т.В., Ли К.И., Сафиуллин Р.И. Оценка эффективности дапоксетина при первичной и вторичной формах преждевременной эякуляции. Урология 2022;1:46–49.

8. Геворкян А.Р. Урологическая служба муниципальных амбулаторно-поликлинических учреждений с учетом современных экономических подходов. Дисс. докт. мед. наук: спец. 14.01.23, 14.02.03 – Москва. – 2021. – 385 с.

9. Гиясов Ш.И., Гафаров Р.Р., Шодмонова З.Р., Мухтаров Ш.Т., Акилов Ф.А. Роль систематизации послеоперационных осложнений в оценке эффективности и безопасности хирургических методов лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы // Урология. – 2022. - №3. – С.83-91.

10. Головачев С.В., Нургалиев Н.С., Камарли З.П., Макимбетов Э.К. Состояние онкологической помощи и эпидемиология рака предстательной железы в центральноазиатских республиках. Онкоурология. – 2016. – Т. 12. - №3. – С. 82-86.

11. Кулай Д.Г. Обоснование антидиуретической терапии при доброкачественной гиперплазии предстательной железы. Дисс. на соискание уч. степени канд. мед. наук. Санкт-Петербург, 2017.

12. Просяниников М.Ю. Результаты внедрения комплексной этапной стандартизированной программы диагностики и лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы. Социальные аспекты здоровья населения я 25/02/2015. URL: <http://vestnic.mtdnet.ru>
13. Пушкарь Д.Ю., Камалов А.А., Аль-Шукри С.Х. и др. Эпидемиологическое исследование распространенности эректильной дисфункции в Российской Федерации. РМЖ. 2012;3:112.
14. Пушкарь Д.Ю., Раснер П.И. Современный алгоритм обследования и лечения больных аденомой предстательной железы. Урология 2007;(3):87-93.
15. Рахимов М.К. Ранняя диагностика заболеваний мочевыводящих путей среди сельского населения Хорезмской области Республики Узбекистан. Медицинские новости. – 2016. – №6. – С. 60–62.
16. Сивков, А.В. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы: персональный взгляд / А.В. Сивков // Урология сегодня. – 2010. -№ 6. – С. 7-11.
17. Тилляшайхов М.Н. Современное состояние онкологической службы Узбекистана. Клиническая и экспериментальная онкология, №3(5)–2018. – С. 15-19.
18. Ткачук, В.Н. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы / В.Н. Ткачук, А.Э. Лукьянов. СПб.: СпецЛит, 2003. – 109 с.
19. Albisinni S, Aoun F, Roumeguère T, Porpiglia F, Tubaro A, DE Nunzio C. New treatment strategies for benign prostatic hyperplasia in the frail elderly population: a systematic review. *Minerva Urol Nefrol.* 2017 Apr;69(2):119-132. doi: 10.23736/S0393-2249.16.02743-0. Epub 2016 Sep 28. PMID: 27681493.
20. Calogero AE, Burgio G, Condorelli RA, Cannarella R, La Vignera S. Epidemiology and risk factors of lower urinary tract symptoms/benign prostatic hyperplasia and erectile dysfunction. *Aging Male.* 2019 Mar;22(1):12-19. doi: 10.1080/13685538.2018.1434772. Epub 2018 Feb 2. PMID: 29392976.
21. Chung E, Gilbert B, Perera M, Roberts MJ. Premature ejaculation: A clinical review for the general physician. *Aust Fam Physician.* 2015 Oct;44(10):737-43. PMID: 26484490.
22. Corona G. Erectile dysfunction and premature ejaculation: a continuum movens supporting couple sexual dysfunction. *J Endocrinol Invest.* 2022 Nov;45(11):2029-2041. doi: 10.1007/s40618-022-01793-8. Epub 2022 May 3. PMID: 35503598; PMCID: PMC9063256.
23. EAU Guidelines. Edn. presented at the EAU Annual Congress Amsterdam 2022. ISBN 978-94-92671-16-5.
24. Evans S.M., Millar J.L., Wood J.M. et al. The Prostate Cancer Registry: monitoring patterns and quality of care for men diagnosed with prostate cancer. *BJU Int* 2013;111 (4 Pt B): 158–66. DOI: 10.1111/j.1464-410X.2012.11530.x.
25. Guessous I, Cullati S, Fedewa S.A. et al. Prostate cancer screening in Switzerland: 20-year trends and socioeconomic disparities. *Prev Med* 2016;82:83–91. DOI: 10.1016/j.ypmed.2015.11.009
26. Hatzimouratidis K. Epidemiology of male sexual dysfunction. *Am J Mens Health.* 2007 Jun;1(2):103-25. doi: 10.1177/1557988306298006.
27. Herget K.A., Patel D.P., Hanson H.A. et al. Recent decline in prostate cancer incidence in the United States, by age, stage, and Gleason score. *Cancer Med* 2016;5(1): 136–41. DOI: 10.1002/cam4.549.
28. Kam SC, Han DH, Lee SW. The diagnostic value of the premature ejaculation diagnostic tool and its association with intravaginal ejaculatory latency time. *J Sex Med* 2011;8:865–71.
29. Kapoor A. Benign prostatic hyperplasia (BPH) management in the primary care setting. *Can J Urol.* 2012 Oct;19 Suppl 1:10-7. PMID: 23089343.
30. Laksita TB, Kloping YP, Hakim L, Rizaldi F. Translation validity and reliability of the Indonesian version of the 5-item International Index of Erectile Function (IIEF-5). *Turk J Urol.* 2021 Nov;47(6):489-494. doi: 10.5152/tud.2021.21185.
31. Lim KB. Epidemiology of clinical benign prostatic hyperplasia. *Asian J Urol.* 2017 Jul;4(3):148-151. doi: 10.1016/j.ajur.2017.06.004. Epub 2017 Jun 9. PMID: 29264223; PMCID: PMC5717991.
32. Loeb S., Kettermann A., Carter H.B., Ferrucci L., Metter E.J., Walsh P.C. Prostate volume changes over time: results from the Baltimore Longitudinal Study of Aging. *J Urol.* 2009;182:1458–1462.
33. María Molero J, Miñana B, Palacios-Moreno JM, Téllez Martínez-Fornes M, Lorite Mingot D, Agra Rolán A, Carreño Á, Cuervo Pinto R. Real-world assessment and characteristics of men with benign prostatic hyperplasia (BPH) in primary care and urology clinics in Spain. *Int J Clin Pract.* 2020 Nov;74(11):e13602. doi: 10.1111/ijcp.13602.
34. Mathers, C.D., Lopez, A. D., and C. J. L. Murray. 2006. "The Burden of Disease and Mortality by Condition: Data, Methods, and Results for 2001." In *Global Burden of Disease and Risk Factors*, eds. A. D. Lopez, C. D. Mathers, M. Ezzati, D. T. Jamison, and C. J. L. Murray. New York: Oxford University Press
35. Ng M, Baradhi KM. Benign Prostatic Hyperplasia. 2022 Aug 8. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan–. PMID: 32644346.
36. Novara G., Galfanoa, Gardi M., Ficcaro V., Boccon Gibonl., Artibani W. Critical review of guidelines for BPH diagnosis and treatment strategy. // *Eur Urol Suppl.*, 2006; 5: 418-29.
37. Roehrborn CG. Benign prostatic hyperplasia: an overview. *Rev Urol.* 2005;7 Suppl 9:S3-S14.

38. Rosen RC, Cappelleri JC, Smith MD, Lipsky J, Peñ BM. Development and evaluation of an abridged, 5-item version of the International Index of Erectile Function (IIEF-5) as a diagnostic tool for erectile dysfunction. *Int J Impot Res*. 1999;11:319–326. doi: 10.1038/sj.ijir.3900472).
39. Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J, Mishra A. The international index of erectile function (IIEF): A multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*. 1997;49:822–30.
40. Saeed R, Amin F, Durrani N, Saif SMA, Zafar MT. Prevalence of erectile dysfunction and associated factors among males visiting family medicine clinics in a Tertiary Care Hospital in Karachi, Pakistan. *J Family Med Prim Care*. 2021 Mar;10(3):1294–1300. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_1871_20. Epub 2021 Apr 8.
41. Serefoglu EC, McMahon CG, Waldinger MD, Althof SE, Shindel A., Adaikan G, et al. An evidence-based unified definition of lifelong and acquired premature ejaculation: report of the second International Society for Sexual Medicine Ad Hoc Committee for the Definition of Premature Ejaculation. *J Sex Med* 2014;11(6):1423–1441. doi: 10.1002/sm2.27
42. Shamloul R, Ghanem H. Erectile dysfunction. *Lancet*. 2013 Jan 12;381(9861):153–65. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60520-0.
43. Siegel R.L., Miller K.D., Jemal A. Cancer statistics, 2015. *CA Cancer J Clin* 2015;65(1):5–29. DOI: 10.3322/caac.21254.
44. Tao Z.Q., Shi A.M., Wang K.X., Zhang W.D. Epidemiology of prostate cancer: current status. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2015;19(5):805–12.
45. Vuichoud C, Loughlin KR. Benign prostatic hyperplasia: epidemiology, economics and evaluation. *Can J Urol*. 2015 Oct;22 Suppl 1:1–6. PMID: 26497338.
46. Welliver C, Feinstein L, Ward JB, Kirkali Z, Martinez-Miller E, Matlaga BR, McVary K; Urologic Diseases in America Project. Evolution of healthcare costs for lower urinary tract symptoms associated with benign prostatic hyperplasia. *Int Urol Nephrol*. 2022 Nov;54(11):2797–2803. doi: 10.1007/s11255-022-03296-0. Epub 2022 Jul 29. PMID: 35906501.
47. WHO mortality database. Interactive platform visualizing mortality data. <https://platform.who.int/mortality/themes/theme-details/topics/topic-details/MDB/genitourinary-diseases>.

**ЭПИДЕМИОЛОГИЯ МУЖСКОЙ
УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ: УЗБЕКИСТАН
ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ МИРОВОЙ СТАТИСТИКИ**

Батиров Б.А., Гафаров Р.Р.

Резюме. В обзорной статье, посвященной эпидемиологии мужской урологической патологии, представлены данные общемировой статистики по распространённости таких заболеваний, как доброкачественная гиперплазия предстательной железы, рак предстательной железы, эректильная дисфункция, преждевременная эякуляция. Включены имеющиеся данные по распространённости указанных патологий в Республике Узбекистан. В оценке распространённости и тяжести течения заболеваний отмечена необходимость использования специальных опросников и шкал, позволяющих охватить большой объём населения.

Ключевые слова: доброкачественная гиперплазия предстательной железы, рак предстательной железы, эректильная дисфункция, преждевременная эякуляция, эпидемиология, диагностика.