**Міністерство освіти і науки України**

**Ніжинський державний університет імені Миколи Гоголя**

**Природничо-географічний факультет**

**Кафедра біології**

**Освітньо - професійна программа**

**«Біологія» зі сп 091 Біологія**

**Магістерська робота**

**На здобуття освітнього ступеня «магістра»**

**«**ДИНАМІКА ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА ДОБРОЯКІСНУ ГІПЕРПЛАЗІЮ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ ЗА ОСТАННІ 10 РОКІВ В М.ПРИЛУКИ**»**

Студентки **Кулик Тетяни Леонідівної**

**Науковий керівник:**

к.б.н., доцент кафедри біології

Пасічник С.В.

**Рецензенти:**

к.б.н., доцент кафедри біології Гавій В.В.,

 Єгорова Т.В., к.б.н., доц. кафедри біології НаУКМА

**Ніжин – 2019**

**ЗМІСТ**

**ВСТУП**……………………………………………………………….…………… **РОЗДІЛ 1. ДОБРОЯКІСНА ГІПЕРПЛАЗІЯ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ.ЧИННИКИ РОЗВИТКУ ЗАХВОНЮВАННЯ.**……………………...……….………………………………

* 1. Особливості та розвиток захворювання………………………………..……………..………………………
	2. Перші симптоми . Рання діагностика захворювання……..……………........................................................................

**РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ ВИВЧЕННЯ ПОРІВНЯЛЬНОЇ ДІЇ ЧИННИКІВ НА РАННІЙ РОЗВИТОК ЗАХВОРЮВАННЯ**……………………………………………………………….

2.1. ДГПЗ. Матеріали що досліджуються…………………………………….

2.2. Методи які використовувалися для проведеної роботи. Статистичні методи.…………………………………………………………………..…..………

**РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ВПЛИВУ ВІКУ,РОБОТИ ТА МІСЦЯ ПРОЖИВАННЯ НА ЗБІЛЬШЕННЯ ХВОРИХ З ДГПЗ**……………………………………………………………….………………

3.1. Статистичні дані кількості пацієнтів з даним захворюванням відносно загальної кількості пацієнтів……………………………………………………………………

3.2. Результати досліджень вікової категорії пацієнтів………………………..

3.3. Результати досліджень за кількістю хворих,які зверталися до КЛПЗ ПЦМЛ ,залежно від форми лікування яку вони отримали. Консервативне або оперативне.. ..………………………………………………………………………

3.4. Статистичні дані кількості пацієнтів з ДГПЗ та раку передміхурової залози після патгістологічного дослідження…………….…………..………………….

**ВИСНОВКИ**……………………………………………………….……………..

**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**………………………..………………..…………..…………………..

**ВСТУП**

В останні роки в Україні все більшого поширення набуває захворювання передміхурової залози. Не виключенням стали і жителі міста Прилук та Прилуцького району. Основним та найбільш поширеним є доброякісна гіперплазія передміхурової залози(ДГПЗ).

Доброякісна Гіперплазія Передміхурової Залози (Аденома простати) - це захворювання,що супроводжується розростанням тканин залозистого епітелію передміхурової залози,які оточують сечовипускний канал,що призводить до порушення сечоcпуску. Який характеризується ослабленням струменя сечі та збільшення тривалості акту сечовипускання . Часте сечовипускання (особливо у нічний час) в основному є першим та довгий час єдиним симптомом захворювання . Також особливу увагу потрібно звернути на послаблення струменя сечі,що є важливим симптомом даного захворювання. Але на жаль цей сиптом помічають ,в більшості випадків,молоді люди. Бо в чоловіків у віці послаблення струменя сечі можливе через вікові зміни організму.

Взагалі,всесвітні дані повідомляють нас про те, що доброякісні пухлини передміхурової залози у чоловіків похилого та літнього віку складає 74 %. Тобто,значно вище ніж у чоловіків середнього віку.

**Актуальність теми.** Проведна статистично-аналітична робота дає змогу визначити вплив певних чинників на розвиток ДГПЗ та поширення захворювання на дослідженій теріторії.

Майже в 16% урологічних консультацій визначається аденома передміхурової залози. Після 40 років більше 50% чоловіків страждають від однієї з форм аденоми передміхурової залози, число яких зростає прямо пропорційно з похилим віком, досягаючи 90% в 85 років.

Вирішення проблеми здоров’я населення,які пов’язані з опрацюванням результатів моніторингу поширення,розповсюдження захворювань та показників надання кваліфікованої допомоги хворим,які на них скаржаться. Доброякісна гіперплазія передміхурової залози входить до провідних захворювань у клінічній урології. ДГПЗ різнобічно представлена в різних наукових джерелах з браком даних,що і спонукає нас до досконального досліджування цього захворювання.

**Мета роботи**:

Зробити аналіз динаміки захворювання на ДГПЗ за останні 10 років в м.Прилуки.

**Для досягнення поставленої мети необхідне вирішення наступних завдань:**

* Визначити кількості пацієнтів з даним захворюванням відносно загальної кількості пацієнтів.
* Проаналізувати вікові категорії хворих.
* Підрахувати кількість хворих,які зверталися до КЛПЗ ПЦМЛ , залежно від форми лікування яку вони отримали. Консервативне або оперативне.
* Провести аналіз статистичних даних кількості пацієнтів з ДГПЗ та раку передміхурової залози після патгістологічного дослідження.

**Об'єкт дослідження:** Доброякісна Гіперплазія Передміхурової Залози у

місті Прилуки за останні 10 років.

**Предмет дослідження:** Динаміка розвитку захворіння за досліджувані роки на теріторії міста Прилук.

**Методи досліджень.** Для виконання поставлених завдань застосовували спеціальні методи досліджень: математично-статистичні, розрахунково-порівняльні,статистичні,аналітичні,порівняльні та інші.

**Наукова новизна одержаних результатів.** Вперше досліджено в Прилуцькій міській лікарні урологічного відділення загальну кількість звернень та кількість хворих ,які зверталися з даним діагнозом,Визначили наймолодший та найстарший вік чоловіків, вид лікування яке вони отримали та проаналізовано пат гістологічне дослідження після видалення Доброякісної Гіперплазії Передміхурової Залози.

**Практичне значення одержаних результатів.** Результати роботи можуть бути основою для розробки рекомендацій розроблених для якісної та вчасної діагностики захворювання . Так застосування гімнастики для чоловіків покращує кровопостачання органів малого тазу,цим самим зменшує розвиток Доброякісної Гіперплазії Передміхурової залози . Важливою складовою , що впливає на розвиток захворювання є хронічні запальні процеси сечостатевої системи.

**Апробація результатів роботи.** Результати роботи були представлені на 4 Всеукраїнській конференції молодих науковців «Сучасні проблеми природничих наук» ( 17 – 18 квітня 2019 р., м Ніжин) .

**Структура іобсяг наукової роботи**. Робота викладена на … сторінках та складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку опрацьованої літератури.

**РОЗДІЛ 1. ДОБРОЯКІСНА ГІПЕРПЛАЗІЯ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ.ЧИННИКИ РОЗВИТКУ ЗАХВОНЮВАННЯ**

**1.1.Особливості та розвиток захворювання.**

Передміхурова залоза (prostate) – це непарна залоза , яка по формі дещо нагадує плід каштана . Розташовується залоза безпосередньо під сечовим міхурем,охоплюючи початкову частину сечовипускного каналу,а також відділи сім’явивільняючих протоків. Основна частина передміхурової залози розміщена ззаду сечовипускного каналу та впирається в пряму кишку. Таке розташування її дає можливість лікарю проводити пальпуляторну діагностику залози через пряму кишку.

Передміхурова залоза відіграє дуже важливу роль в життєдіяльності організму чоловіків. Від секрета що виробляється в ній і залежить об’єм сперми,а також життєздатність та активність сперматозоїдів. Функція передміхурової залози зв’язана з функцією яєчок, гіпофізом та надниркових залоз впливає на статеву функцію.

Залоза виділяє в кров особливі речовини – простагландини, також вона приймає участь регуляції обміну речовин,діяльності серцево – судинної системи та інших систем організму чоловіків.

Аденома передміхурової залози – це доброякісна пухлина. Впродовж тривалого часу вважалося,що вона утворюється з самої залози,але потім було встановлено,що джерелом розвитку є невеликі залози ,які оточують сечовипусний канал ,які виробляють гормон – парапростін . Саме ці залози розташовані в стінках тієї частини сечовипусного каналу,яка і проходить через товщу передміхурової залози. Функція цих залоз також тісно пов’язана з функціями гіпофіза та яєчок.

Залози, що оточують сечовипусний канал, являються одним з багато численних ланцюжків нервово – гуморальної регуляції статевої системи чоловічого організму.

 У зв’язку з переходом чоловічого організму від літнього до похилого віку в чоловіків відбувається цілий ланцюг змін який свідчить про початок старіння. Також нероздільно зв’язані з процесом старіння та змінами в статевих залозах які проявляються в формі клімакса. Хоч в цілому всі функції організму поступово знижуються,якась з систем органів може виявитися найбільш стійкою до клімактеричних змін. В такому випадку розвивається захворювання передміхурової залози. При одному з таких варіантів протікання чоловічого клімаксу у зв’язку з порушенням жіночих та чоловічих гормонів виникає доброякісна гіперплазія передміхуроваї залози.

Вище зазначені закономірності являються лише загальними припущенням розвитку захворювання. Конкретної причини виникнення захворювання до теперішнього часу не встановлено .

Майже у 75% чоловіків які досягли віку старше 50 років передміхурова залоза є збільшеною. А порушення сечовипускання порушується лише у 25% - 50% з них. Це все пояснюється особливостями росту залози. В залежності від того ,з якої групи залоз які оточують сечовипускний канал. Так і розвивається аденома, передміхурової залози, її ріст в основному спрямований переважно в сторону прямої кишки, або в сторону сечовипускного каналу, можливий також напрямок сечового міхура. Саме від цього й залежить ступінь порушення відтоку сечі. Звідси ми можемо зробити висновок що протікання захворювання залежить не стільки від розмірів аденоми ,а напрямком її росту. Тобто відсутність збільшення передміхурової залози не є фактом що її там немає. Визначну роль у цьому співвідношенні відіграє стан сечовипускання.

Фактором змін у ланцюгу , є порушення виділення сечі з сечового міхура. Аденома передміхурової залози тисне та подовжує сечовивідний канал, цим самим знижує еластичність стінок сечового міхура. В результаті цього процесу зростає опір, який виникає за рахунок стінок сечовипускного каналу току сечі, що і призводить до послаблення струменя сечі та довготривалого акту сечовипускання. Саме це робить навантаження на м’язи сечового міхура, так як для звільнення всього об’єму сечі з його порожнини потрібно значно більша сила м’язового скорочення, ніж в нормі. М’язи сечового міхура, так і будь якій інший м’яз, працюючи з підвищеним навантаженням, збільшується, стає міцнішим тобто гіпертрофується. Скорочуючись під час сечовипускання, й гіпертрофований м’яз, стінок сечового міхура, сприяє різкому підвищення внутрішньоміхурового тиску. На цьому етапі захворювання внутрішньоміхуровий тиск часто збільшується в 2 -3 рази, в порівнянні з нормою. Завдяки підвищеному тиску в час підвищення гіпертрофіїї сечового міхура випорожнення його відбувається не тільки повністю, а й з майже нормальною швидкістю- струмінь сечі, а також тривалість сечовипускання наближається до нормального акту сечовипускання. Тобто шляхом гіпертрофіїї м’язової стінки сечового міхура компенсує підвищений опір що є в сечовипускному каналі. Тому першу стадію захворювання прийнято називати стадією компенсації сечового міхура.

Гіпертрофований м’яз сечового міхура провокує зменшення його ємкості й підвищує збудливість, в результаті чого значно збільшується кількість сечовипускань, з’являються сильні, тривалі позиви до сечовипускання, а не дуже рідко й власне нетримання сечі.

Слід зазначити що процес захворювання не обмежується порушенням функції сечового міхура. При цьому захворюванні відбуваються зміни також в нирках та сечоводах. Основними причинами порушення функцій нирок та сечоводів є підвищенням тиску у власне сечовому міхурі там зворотній процес закидання сечі по сечоводам в нирки, цей процес має назву міхурово-лоханочний-рефлюкс. Підвищення внутрішньоміхурового тиску вже саме по собі утворює бар’єри відтоку сечі з нирок, так як для виведення її в сечовий міхур потрібно підсилена дія сечоводів ниркових лоханок та підвищений тиск власне в них. Окрім того високий внутрішньоміхуровий тиск слугує однією і основною з головних причин зворотного закидання сечі в нирки, що часто слугує підвищеному тиску в самих сечоводах, а також в ниркових лоханках.

Виникненню зворотного току сечі з сечового міхура сприяють також склеротичні зміни волокон м’язів сечоводів та сечового міхура і зміни запального характеру в стінках зазначених органів. При цьому процесі погіршується видільна здатність нирок, розвивається так звана ниркова недостатність, в результаті цього в організмі накопичується та затримуються шкідливі продукти обміну речовин.

Ниркова недостатність стрімко зростає особливо при розвитку інфекційно-запальному процесі в нирках – пієлонефриті, який часто спостерігається у більшої кількості хворих на аденому передміхурової залози. При цьому процесі поступово гине, склерозивна ниркова тканина, у зв’яку з цим здатність нирки до виведення шкідливих продуктів обміну речовин ще більше знижується.

Вже в першій стадії аденоми передміхурової залози може розвиватися яскраво виражена ниркова недостатність. По мірі прогресування захворювання передміхурової залози, вірогідність порушення функцій нирок все більше зростає, а вже в третій стадії захворювання, тяжке порушення функцій нирок відмічається уже у всіх хворих. При чому розлади ниркових функцій розвивається поступово що є непомітним для хворого. В зв’язку з цим для профілактики враження нирок особливо важливо своєчасно звертатися до лікаря.

* 1. **Перші симптоми . Рання діагностика захворювання**

Одним з найбільш ранніх проявів доброякісної гіперплазії передміхурової залози є порушення акту сечоспуску. Цей симптом слугує попереджувальним сигналом для кожного чоловіка у віці. На привеликий жаль,більшість чоловіків вважає,що розлади сечоспуску ( прискорене, затруднене, послабленя струменя сечі та інші ) є нормою прояву старіння організму. Така точка зору вкрай є не правильною та небезпечною, бо є причиною пізнього зверненню до лікарів,а в той час захворювання супроводжується розвитком комплексу ускладнень.

В будь-якому віці здоровий чоловік,виділяючи за добу близько 1500 мл сечі,вивільняючи сечовий міхур 4-6 разів,при цьому нічний сечоспуск – максимум 1 раз. Звичайно,при збільшенні прийому кількості рідини відповідно збільшується кількість виділеної сечі і частоти сечоспускання,але це не є симптомом захворювання. Сечоспускання у здорових чоловіків є вільним,без будь- якого напруження та безболісне. Акт сечоспуску триває близько 40 секунд. Струмінь сечі має бути широким,спрямовується вперед на значну відстань. Після повного випорожнення сечового міхура наступає відчуття задоволення.

Будь-яке відхилення від описаного ритму та характеру акту сечоспуску є симптомом захворювання. Ступінь порушення сечоспуску та прояв інших симптомів доброякісної гіперплазії передміхурової залози в певній мірі й залежить від стадії захворювання.

Перша стадія.

Першим симптомом є послаблення струменя сечі, затруднене та прискорене нічне сечоспускання. Характеризується частим випорожненями сечового міхура особливо в другій половині ночі (3-5 і більше), невеликими порціями. При цьому хворому важко почати акт сечоспуску - до перших крапель хворий змушений тужитися.

Так і розвивається аденома, передміхурової залози, її ріст в основному спрямований переважно в строну прямої кишки, або в сторону сечовипускного каналу, можливий також напрямок сечового міхура. Саме від цього й залежить ступінь порушення відтоку сечі. Звідси ми можемо зробити висновок що протікання захворювання залежить не стільки від розмірів аденоми ,а напрямком її росту. Тобто відсутність збільшення передміхурової залози не є фактом що її там немає. Визначну роль у цьому співвідношенні відіграє стан сечовипускання.

Фактором змін у ланцюгу , є порушення виділення сечі з сечового міхура. Аденома передміхурової залози тисне та подовжує сечовивідний канал, цим самим знижує еластичність стінок сечового міхура. В результаті цього процесу зростає опір, який виникає за рахунок стінок сечовипускного каналу току сечі, що і призводить до послаблення струменя сечі та довготривалого акту сечовипускання. Саме це робить навантаження на м’язи сечового міхура, так як для звільнення всього об’єму сечі з його порожнини потрібно значно більша сила м’язового скорочення, ніж в нормі. М’язи сечового міхура, так і будь якій інший м’яз, працюючи з підвищеним навантаженням, збільшується, стає міцнішим тобто гіпертрофується. Скорочуючись під час сечовипускання, й гіпертрофований м’яз, стінок сечового міхура, сприяє різкому підвищення внутрішньоміхурового тиску. На цьому етапі захворювання внутрішньоміхуровий тиск часто збільшується в 2 -3 рази, в порівнянні з нормою. Завдяки підвищеному тиску в час підвищення гіпертрофіїї сечового міхура випорожнення його відбувається не тільки повністю, а й з майже нормальною швидкістю- струмінь сечі, а також тривалість сечовипускання наближається до нормального акту сечовипускання. Тобто шляхом гіпертрофіїї м’язової стінки сечового міхура компенсує підвищений опір що є в сечовипускному каналі. Тому першу стадію захворювання прийнято називати стадією компенсації сечового міхура.

Гіпертрофований м’яз сечового міхура провокує зменшення його ємкості й підвищує збудливість, в результаті чого значно збільшується кількість сечовипускань, з’являються сильні, тривалі позиви до сечовипускання, а не дуже рідко й власне нетримання сечі.

Слід зазначити що процес захворювання не обмежується порушенням функції сечового міхура. При цьому захворюванні відбуваються зміни також в нирках та сечоводах. Основними причинами порушення функцій нирок та сечоводів є підвищенням тиску у власне сечовому міхурі там зворотній процес закидання сечі по сечоводам в нирки, цей процес має назву міхурово-лоханочний-рефлюкс. Підвищення внутрішньоміхурового тиску вже саме по собі утворює бар’єри відтоку сечі з нирок, так як для виведення її в сечовий міхур потрібно підсилена дія сечоводів ниркових лоханок та підвищений тиск власне в них. Окрім того високий внутрішньоміхуровий тиск слугує однією і основною з головних причин зворотного закидання сечі в нирки, що часто слугує підвищеному тиску в самих сечоводах, а також в ниркових лоханках. Виникненню зворотного току сечі з сечового міхура сприяють також склеротичні зміни волокон м’язів сечоводів та сечового міхура і зміни запального характеру в стінках зазначених органів. При цьому процесі погіршується видільна здатність нирок, розвивається так звана ниркова недостатність, в результаті цього в організмі накопичується та затримуються шкідливі продукти обміну речовин.

Ниркова недостатність стрімко зростає особливо при розвитку інфекційно-запальному процесі в нирках – пієлонефриті, який часто спостерігається у більшої кількості хворих на аденому передміхурової залози. При цьому процесі поступово гине, склерозивна ниркова тканина, у зв’яку з цим здатність нирки до виведення шкідливих продуктів обміну речовин ще більше знижується.

Вже в першій стадії аденоми передміхурової залози може розвиватися яскраво виражена ниркова недостатність. По мірі прогресування захворювання передміхурової залози, вірогідність порушення функцій нирок все більше зростає, а вже в третій стадії захворювання, тяжке порушення функцій нирок відмічається уже у всіх хворих. При чому розлади ниркових функцій розвивається поступово що є непомітним для хворого. В зв’язку з цим для профілактики враження нирок особливо важливо своєчасно звертатися до лікаря.

Друга стадія.

Перехід захворювання з першої стадії в другу виникає майже непомітно , для самого хворого. В другій стадії починається декомпенсаційна функція м’язів сечового міхура та з’являється залишкова сеча. По мірі збільшенням декомпенсації сечового міхура зростають і явища ниркової недостатності. У зв’язку з цим у хворих в другій стадії захворювання часто відмічаються спрага, сухість в роті, збільшується добова кількість сечі, тобто з’являються ознаки значного порушення функцій нирок.

Якщо хворий не лікується то рано чи пізно захворювання переходить в третю стадію, яка є найбільш тяжкою.

Третя стадія

В цій стадії спостерігається повна декомпенсація сечового міхура, а також значне порушення функцій нирок. Найбільш характерним симптомом розвитку третьої стадії аденоми передміхурової залози являється відсутність акта сечовипускання. Бажання помочитися на початку ще зберігаються а потім стають все більш рідкими, з рештою зникають й зовсім. З сечовипускного каналу постійно по каплям мимовільно виділяється мутна, застійна сеча. При цьому добовий діурес хворого досягає 3-4 літри.

Загальний стан хворих в більший або меншій мірі порушується. Чоловіки зазвичай виснажені, скаржаться на спрагу, сухість в роті. Шкіра стає сухою. Все це – основні ознаки вираженої ниркової недостатності, які супроводжуються важкою інтоксикацією, тобто організм отруюється шкідливими продуктами обміну речовин. В наслідок інтоксикації у більшої кількості хворих у третій стадії аденоми передміхурової залози відмічається порушення функцій печінці та органів травлення: зникає апетит, з’являється понос, запор, здуття кишечника, обкладений язик, жовтяниця шкірних покривів. При відсутності своєчасного лікування ниркова недостатність швидко прогресує і хворий може загинути від інтоксикації.

Строків які б визначали тривалість кожної з стадії захворювання або часу переходу від однієї стадії до іншої стадії не існує. Протікання захворювання аденоми передміхурової залози залежить від багатьох причин: наявність попередніх захворювань та стану сечовивідної системи, розвитку ускладнень, приєднання супутніх захворювань інших органів та систем організму. У деяких хворих перша стадія може тривати багато років, а в інших у зв’язку з слабким розвитком м’язів сечового міхура швидко настає його декомпенсація. Довготривалий ліжковий режим, обумовленим будь якім супутнім захворюванням (інфаркт міокарда) дуже часто значно поглиблює до того що повільно прогресуюче захворювання аденоми передміхурової залози переходить в іншу стадію. Що і пояснюється тривалим застоєм крові в малому тазі, а звідти й набуханням аденоми.

Аденома передміхурової залози часто розвивається на фоні хронічного запального процесу її тканини - простатиту. Це дещо видозмінює прояв та протікання даного захворювання. Окрім зазначених вище ознак при аденомі ще і відмічається ниючий біль в надлобковій та куприковій областях, болючість при сечовипусканні. Позви до сечовипускання виникають частіше. Періодично може підвищуватися температура тіла, і ще більше затрудняється сечовипускання, аж до настання гострої повної затримки сечі. Подібні явища обумовленні активізацією запального процесу, а також поширенням запального процесу на тканини аденоми. В таких випадках лікарі рекомендують кожному хворому індивідуально найбільш раціональне лікування з урахуванням не лише стадії захворювання а й характеру супровідного запального процесу.

Таким чином ознаки аденоми передміхурової залози різносторонні. Однак слід зазначити що не всі вони спостерігаються у кожного хворого. Досить навіть одного чи двох симптомів щоб запідозрити дане захворювання. Цілий ряд симптомів спостерігаємо в першій та другій стадіях. В зв’язку з цим хворий, визначив у себе симптоми захворювання не повинен самостійно робити заключення на рахунок діагнозу, визначати стадію захворювання а також спосіб лікування. Навіть досвідченні спеціалісти на основі одних лиш суб’єктивних відчуттів хворого не завжди можуть визначити остаточний діагноз, а тим більше дати призначення відповідно до лікування. Для цього необхідно огляд та ретельне обстеження з допомогою чутливих методів діагностики. В більшості випадків спеціалісту діагностувати аденому передміхурової залози неважко. Вік хворого, характерні скарги на розлади сечопускання дозволяють запідозрити дане захворювання у пацієнта та провести подальше обстеження. Перш за все лікар оглядає передміхурову залозу через пряму кішку. При пальцевому обстеженні передміхурової залози зазвичай вдається не лише визначити пухлину а й визначити її характер: являється вона злоякісною(рак) або доброякісною(аденома). Іноді ріст аденоми може бути направлений не в сторону прямої кишки а по направленню до дна сечового міхура, при цьому аденома вип’ячується в порожнину сечового міхура, а при пальцевому обстеженню передміхурової залози її визначити неможливо. В таких випадках для встановлення діагнозу застосовують додаткові методи діагностики: УЗД, рентгенографію сечового міхура або цистоскопію. При цистографії сечовий міхур по катетору заповнюють контрастною рідиною, на фоні якої визначаються впиваюча в просвіт сечового міхура аденома. Цистоскопію проводять за допомогою спеціального інструмента цистоскопа. Його вводять в сечовипускний канал. Завдяки наявності оптичної системи вдається роздивитися внутрішню поверхню сечового міхура, при цьому можна визначити долі аденоми передміхурової, а також зміни слизової оболонки сечового міхура.

**РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ ВИВЧЕННЯ ПОРІВНЯЛЬНОЇ ДІЇ ЧИННИКІВ НА РАННІЙ РОЗВИТОК ЗАХВОРЮВАННЯ**

**2.1.ДГПЗ. Матеріали досліджень.**

На протязі досить тривалого часу вчені шукають шляхи ефективного способу консервативного лікування хворих аденоми передміхурової залози. Однак, незважаючи на всі затрачені сили, лікарі ще не знайшли препарати, що можуть викликати зворотній розвиток захворювання.

 Безумовно, пошуки вчених не можна вважати безпродуктивними і безрезультатними. Завдяки їхнім дослідам з’явився цілий ряд лікарських препаратів, що дуже часто застосовується для лікування хворих аденомою передміхурової залози. В цьому числі є :

* гормональні препарати (прогестерон, синестрол, амбосекс,тетрастерон, метилтестостерон);
* деяка антибактеріальна терапія ( тайгерон );
* екстракти рослинних речовин ( спеман );
* тканини передміхурової залози тварин ( раверон ).

На жаль, жоден з відомих препаратів немає такої дії, щоб міг нормалізувати відтік сечі. За допомогою лікарських препаратів лише на деякий час можливо підвищити скоротливу дію м’язів сечового міхура, тим самим зменшити розлади сечовипускання та зменшити кількість залишкової сечі. Лікарські препарати не мають такого безпосереднього впливу на причину захворювання, тобто на аденому передміхурової залози, та в зв’язку з цим лише тимчасово забезпечують покращення стану хворого. До то ж, більшість з медичних засобів, в основному гормональні препарати, можуть викликати часті порушення зі сторони серцево-судинної системи, статевих органів, печінки, а також можуть стати причиною склерозивних змін передміхурової залози та аденоми. Цей процес склеротичних змін значно затруднює видалення аденоми та часто впливає на результат оперціїї. Тактика, ніби вичікування призводить до пізнього хірургічного втручання. Оперувати доводиться в умовах тяжкої інтоксикації, ниркової недостатності та в тяжкому стані хворого.

Консервативне лікування ( лікування медичними засобами ) рекомендують лише в тих випадках, коли у зв’язку з високим ризиком для пацієнта, не можна операцію: при захворюваннях нирок, що супроводжуються вираженою хронічною нирковою недостатністю, тяжких супутніх захворюваннях, органів дихання, серцево-судинної системи, печінки, центральної нервової системи та інших.

Таким чином, основним та дієвим способом лікування хворих на аденому передміхурової залози, на сьогоднішній час, є хірургічне втручання. Вважається, чим раніше зроблена операція, тим легше її переносять хворі, ти швидше та в більш повному об’ємі відновлюються всі функціїї пошкоджених органів. Тому найбільш цілеспрямованим і ефективним є раннє хірургічне втручання.

Для реалізації раннього хірургічного лікування необхідно, щоб хворий, виявивши перші симптоми, звернувся до уролога. Перше відвідування лікаря не завжди закінчується направленням хворого в стаціонар. Хоча, часто хворим рекомендують оперативне лікування. В таких випадках принцип раннього хірургічного втручання буде ідеально збережений. Якщо ж хворий поки немає в необхідності операції, то йому рекомендують диспансерний нагляд з регулярним додіагностуванням ( 2 рази в рік ) для профілактики виникнення ускладнень та своєчасного направлення на оперативне хірургічне втручання.

Питання про необхідність операції вирішують з урахуванням стадії захворювання, особливостей його протікання та загального стану хворих. В першій стадії до вибору способу лікування підходять дуже різносторонньо. Багато хворих підлягають диспансерному нагляду, в ході якого особливу увагу приділяють профілактиці розвитку ускладнень. Така тактика зумовлена, тому що на даному етапі захворювання сечового міхура знаходиться в стадії компенсації, резерви його скоротливої здатності не виснажені ( залишкової сечі немає). Такий стан може тривати багато років без розвитку декомпенсації сечового міхура. Хірургічне втручання показане при ускладненні основного захворювання гострої затримки сечі, кровотечі з судин сечового міхура, каменями сечового міхура, порушення функції нирок, а також при різко виражених розладах сечоспускання.

У випадках розвитку другої та третьої стадії доброякісної гіперплазії передміхурової залози, хворих необхідно оперувати. Однак, результати та методи хірургічного втручання у хворих першої та другої стадіях дещо відрізняються. Так ,після видалення аденоми в першій стадії захворювання, функції сечового міхура нормалізуються в перші тижні після операції, завдяки підвищеній скоротливої здатності сечового міхура та його м’язових волокон. При проведенні операції на початку другої стадії гіперплазії, коли залишкової сечі ще небагато та зміни в м’язах незначні, функції сечового міхура відновляться повільніше на протязі року. У хворих, що оперуються в другій стадії захворювання, але при наявності великої кількості залишкової сечі, а також в третій стадії захворювання, зміни м’язів сечового міхура дуже глибокі, що свідчить про те, що після операції не завжди вдається його відновити функцію. Тому, в таких хворих видалення аденоми передміхурової залози не забезпечує відновлення функцій сечового міхура. Струмінь сечі залишається в’ялим, в сечовому міхурі присутня залишкова сеча, тобто підтримуються умови для розвитку інфекції, а також прогресування інших захворювань ( пієлонефрит, цистит ).

Операція видалення доброякісної гіперплазії передміхурової залози називається аденомектомією. Суть її заключається в вилущенні аденоми з її оточуючою здавленої тканини передміхурової залози. При цьому власна тканина передміхурової залози не видаляється, а навпаки, після операції вирівнюється, займаючи попереднє місце. Тому, аденомектомія зазвичай не впливає на статеву здатність пацієнтів.

Аденомектомію проводять в один або два етапи. Високий рівень анестезіології, реаніматології, фармакології та хірургічної техніки дозволяє більшості хворим рекомендувати одномоментне видалення аденоми. Літній вік не є перешкодою для проведення такої операції. Якісна передопераційна підготовка забезпечує позитивний результат радикальної хірургічної операції, навіть на фоні частих в цьому віці супутніх захворювань.

Методика одномоментної аденомектомії в даний час скрізь освоєна в бездоганності, кількість ускладнень зведена до мінімуму. Терміни перебування хворих в стаціонарі після операції скорочуються до 12-18 днів. У випадку, коли виникають деякі ускладнення після аденомектомії Деякі випадки ускладнення доброякісної гіперплазії передміхурової залози (кровотеча сечовипускного каналу або судин сечового міхура ) одномоменту аденомектомію проводять в екстреному порядку, тобто в перші години після звернення пацієнта в стаціонар. В останні роки все ширше практикується невідкладна аденомектомія ( в першу добу після потрапляння в стаціонар ) при гострій повній затримці сечовипускання. При цьому виключається багаторазове введення в сечовий міхур катетера, що є профілактичним заходом проти розвитку інфекції сечовивідних шляхів.

Двомоментну аденомектомію виконують рідко, у виді виключення, якщо захворювання знаходиться в запущеній формі, і воно супроводжується нирковою недостатністю та слабкістю м’язів сечового міхура, а також в гострих запальних процесах нирок, яєчок, придатків, передміхурової залози та в тяжких випадках запалення сечового міхура. Першим етапом двомоментної операції є створення надлобкового свища сечового міхура. Цією операцією досягається зниження тиску в сечовому міхурі, покращується відтік сечі з нирок, а також відбувається відновлення їхніх функцій. В залежності від стану хворого, виведення сечі через сечовий свищ продовжується на протязі декількох тижнів або місяців. В цей період проводиться інтенсивна підготовка пацієнта до виконання другого етапу хірургічного лікування. В ході цієї підготовки покращується його загальний стан, лікуються інфекції сечовивідних шляхів, а також ліквідуються явища ниркової недостатності. Завдяки цим заходам заключний ( основний ) етап операції - видалення аденоми: проходить в більш сприятливих умовах та з меншими ускладненнями. Якщо стан хворого після консервативного лікування з надлобковим свищем сечового міхура, не дозволяє виконанню аденомектомії навіть в два етапи, то при відсутності самостійного сечовипускання надлобковий сечоміхуровий свищ залишають постійно тимчасово покращення або відновлення сечовипускання у хворих, яким аденомектомія протипоказана, може бути забезпечене за допомогою частково висічення тканин аденоми електроножем. Такі операції виконуються через сечовипускний канал погіршення току сечі, по мірі розростання аденоми можуть виконуватися повторно.

Звичайно, захворювання легше попередить, ніж вилікувати. Але, на жаль, цей принцип не може примінятися до даного захворювання, так як безпосередня причина виникнення аденоми передміхурової залози поки невідома. Тому не можна дати конкретних рекомендацій по попередженню розвитку даного захворювання. Існують деякі профілактичні заходи, які зводяться до знищення факторів, які сприяють росту пухлини та попередженню розвитку ускладнень.

Хворим допіроякісною гіперплазією передміхурової залози рекомендується вести активний, рухливий спосіб життя та системно займатися легкими фізичними вправами. Дуже корисними вважаються прогулянки на свіжому повітрі, особливо перед сном. Не рекомендується довгий час їздити в автомобілі, а також переохолоджуватися. Всі ці фактори сприяють застою крові в органах тазу, підсилюють розлади сечовиспускання, а ще можуть призвести до повної затримки сечі. Переохолодження хворого може стати причиною загострення запального процесу сечостатевого апарату. Також слід зазначити, що закреп підсилює порушення сечовиспускання та сприяє проникненню інфекції з кишок в сечовивідні шляхи. Тому обов’язково потрібно контролювати це з лікарем терапевтом, та брати рекомендації щодо покращення роботи органів травлення. Однак слід з обережністю приймати препарати з алое та трави сєни, так як вони викликають прилив крові до прямої кишки.

На протязі 2-х, 3-х місяців після операції аденомектомії хворі повинні виконувати тяжку працю. Дієти в цей період зумовлюють виключення подразнюючої їжі ( солоних, копчених, гострих страв ), приправ та прянощів. Меню має бути різноманітним та багатим на вітаміни. Прийом рідини слід підсилити до 1л - 1,5 літра на добу ( компот, соки, відвар шипшини ). Мінеральні води можна пити тільки по рекомендації лікуючого лікаря. Корисно приймати також сечогінні відвари та настої: з березових бруньок, кукурузних рилець, ведмежих вушок та інших. При цьому на протязі 10-14днів приймають настой ( відвар ) одних рослин, а потім готують сечогінний чай з іншого складу з іншого складу трав. Це все стимулює утворення сечі, яка виділяється в великій кількості, сприяє промиванню сечового міхура, ліквідації інфекції в ньому та післяопераційних змін сечовивідних шляхів. З цією ж ціллю на протязі декількох місяців хворим продовжують призначати антибактеріальні препарати, щоб інфекція не наростала.

Отже, аденома передміхурової залози є серйозним захворюванням. Будь-яке з її ускладнень представляє собою велику небезпеку для здоров’я, а іноді для життя пацієнтів. Чоловікам цього віку слід пам’ятати, що порушення сечоспускання завжди свідчить про захворювання сечовивідних шляхів. Такий симптом не завжди викликається доброякісної гіперплазією передміхурової залози, але це не має заспокоїти хворого. Захворювання супроводжується аналогічними розладами сечовипускання не меньш серйозні та небезпечні. Причиною порушення відтоку сечі з сечового міхура можуть бути різні захворювання, наприклад, рак передміхурової залози. Тому, при виявленні порушень сечовипускання, хворий, не зважаючи на гарне самопочуття, зобов’язаний негайно звернутися до лікаря, який визначить характер захворювання та призначить найбільш ефективне лікування та встановить диспансерний нагляд за хворим.

**2.2. Методи які використовувалися для проведеної роботи. Статистичні методи.**

Для виконання поставлених завдань застосовували спеціальні методи досліджень: математично-статистичні, розрахунково-порівняльні,статистичні,аналітичні,порівняльні та інші. Кожен з цих методів досліджень відіграв важливу роль для отримання результатів.

У визначенні кількості хворих з доброякісної гіперплазії передміхурової залози з загальної кількості пацієнтів які перебували в урологічному відділенні КЛПЗ ПЦМЛ ,булла проведена робота з статистично-аналітичними даними .За допомогою математичних методів дослідження було вирахувано кількість ворих з досліджуваним захворюванням .

Опрацьовуваши історії за 2009,2010,2011,2012,2013,2014,2015,2016,2017,2018 роки ми визначали вікову категорію чоловіків ,які зверталися за кваліфікованою допомогою до данного стаціонару.Визначали вік наймолодшого пацієнта та найстаршого ,які отримували лікування.В таблиці відобразили наймолодшого та найстаршого хворого впродовж 10 років.

Користуючись «Журналом оперативних втручань» розрахували кількість пацієнтів ,які отримали консервативне лікування ,та кількість хворих які оперативно пролікувалися в урологічному відділенні .Дані занесені в таблицю, що в цифровому єквіваленті зоображує отримані результати.

Проаналізувавши дані «Журналу пат гістологічних досліджень»за допомогою математичного методу дослідження ,ми визначили кількість пацієнтів в яких було підтвердження діагнозу доброякісна гіперплазія передміхурової залози після лабораторної діагностики біологічного матеріалу.Паралельно цьому проводився аналіз кількості пацієнтів в яких після пат гістологічного заключення діагноз змінився ,перекваліфікувавшись на рак передміхурової залози.Звідси слідує зміна їхнього лікування та подальших рекомендацій.

Тобто за допомогою зазначених методів досліджень(математично-статистичні, розрахунково-порівняльні,статистичні,аналітичні,порівняльні та інші)та необхідної медичної документації ми визначили всі поставлені перед нами задачі .

**РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ВПЛИВУ ВІКУ,РОБОТИ ТА МІСЦЯ ПРОЖИВАННЯ НА ЗБІЛЬШЕННЯ ХВОРИХ З ДГПЗ**

#### 3.1. Статистичні дані кількості пацієнтів з даним захворюванням відносно загальної кількості пацієнтів

В першому дослідженні ми визначали кількість хворих з даним захворюванням які вступили в урологічне відділення за 2009,2010,2011,2012,2013,2014,2014,2015,2016,20017,2018 роки .

Для проведення цього дослідження ,нам необхідно було попрацювати зі статистичними даними КЛПЗ ПЦМЛ урологічного відділення. Взявши данні в статистичному відділі про загальну кількість хворих які вступали в урологічне відділення продовж цих років . Дані які ми отримали ,опрацювали ,вивили на дану таблицю.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Роки | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
| Загальна кількість хворих. | 508 | 480 | 500 | 430 | 507 | 480 | 563 | 530 | 509 | 508 |

З цієї таблиці ми бачимо,що кількість звернень пацієнтів за всі роки є відносно стабільною .І динаміку простежити неможливо ,як позитивну так і негативну . Отже аналізувавши статистичні дані ми спостерігали ,що кількість пацієнтів змінювалась ,але відхилення є незначними . Середня кількість пацієнтів та звернень до урологічного відділення ,можливо прив`язана до того,що в даному відділенні ліжковий фонд складає 18 місць. Можливо кількість пацієнтів які відвідали урологічне відділення є прив`язаною до кількості ліжко місць даного відділення.

Наступним етапом нашого дослідження було визначення кількості хворих з діагнозом ДГПЗ з загальної кількості хворих ,за досліджуванні роки . Проаналізувавши статистичні данні звітів урологічного відділення за обраний нами часовий проміжок ,ми за допомогою математично – аналітичних методів вирахували кількість хворих які звернулися за допомогою з даним діагнозом(ДГПЗ)Для оцінки кількості пацієнтів з ДГПЗ,та виділення їх з загальної кількості ,ми вирішили відобразити дані наших досліджень в таблиці.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Роки: | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
| Загальна кількість хворих: | 508 | 530 | 480 | 460 | 480 | 550 | 500 | 507 | 563 | 509 |
| Хворі з ДГПЗ: | 58 | 46 | 49 | 57 | 60 | 50 | 58 | 37 | 72 | 60 |

Отримавши дані загальної кількості хворих та вирахувавши з них ,кількість хворих з досліджуваним діагнозом ми вирішили ,перевести опрацьовані результати у відсоткове співвідношення ,для кращого відображення у даній діаграмі яка подана нижче ,для подальшої зручності в нашій роботі.

На даній діаграмі ми бачимо ,що найбільше хворих на діагноз ДГПЗ було у 2017 році ,а найменше у 2016.

#### 3.2. Результати досліджень вікової категорії пацієнтів

Опрацювавши попереднє дослідження, ми перешли до наступного в даному дослідженні ми визначали кількість пацієнтів, які були в урологічному відділенні за досліджуванні роки з діагнозом доброякісна гіперплазія передміхурової залози.

Ми підрахували кількість пацієнтів які пролікувалися консервативно, та кількість пацієнтів для яких було застосоване оперативне лікування.

Можна припустити, що ті хворі які лікувались консервативно могли лікуватися оперативно в інших медичних закладах, тому 100 % гарантії дати на те що їм допомогло консервативне лікування ми не можемо.

Піднявши з архіву всі історії за 2009; 2010; 2011; 2012; 2013; 2014; 2015; 2016; 2017; 2018 ми визначили кількість пацієнтів якім було проведено оперативне втручання для лікування.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Роки | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
| Оперативне | 40 | 19 | 31 | 44 | 29 | 37 | 31 | 25 | 43 | 37 |
| Консервативне | 18 | 27 | 18 | 13 | 31 | 13 | 27 | 12 | 29 | 13 |

Розглянувши таблицю ми бачимо що кількість хворих, які оперативно лікувалися в даному стаціонарі значно більше ніж кількість хворих з консервативним лікуванням в ньому ж. Це все може бути пов’язане з тим що операція є основним та найбільш дієвим способом лікування, досліджуваного нами захворювання. В більшості випадків стан пацієнтів, які звертаються за допомогою до лікаря, знаходяться на другій та третій стадії захворювання. Що свідчіть про ризик загрози життю людини. Мабуть, це і є основна причина того що кількість прооперованих осіб є значно більшою, ніж кількість осіб які отримали консервативне лікування в урологічному відділенні КЛПЗ ПЦМЛ за досліджувані роки.

#### 3.3. Результати досліджень за кількістю хворих,які зверталися до КЛПЗ ПЦМЛ ,залежно від форми лікування яку вони отримали. Консервативне або оперативне

Доброякісна гіперплазія передміхурової залози – є одне і дуже поширене захворювання сечостатевої системи у чоловіків. У віці 51- 60 років ця патологія досягає 65 %. А вже зростанням віку до 70 – 80 років ДГПЗ уражує 90 % представників чоловічої статі.

Важливим аспектом є ``омолодження`` самої патології . Раніше вважалося,що ця патогія спостерігалася у чоловіків віком у 65 років і старше ,а тепер клінічні та морфологічні ознаки ДГПЗ відзначають у чоловіків молодшого віку.Так,цю патологію вже діагностують у 30% чоловіків віком 40-50 років . Основну роль в ``омолодженні`` ДГПЗ відіграють запальний процес,що розвиваеться в передміхуровій залозі ,який за результатами досліджень фіксується у 43-78% хворих з ДГПЗ .Запалення ,здатне значно прискорювати гіперпластичні процеси в залозі,зумовлюючі прогресування захворювання та розвиток симптомів. Науково підтверджено,що хворі з хронічним простатитом ДГПЗ розвивалася на 8-10 років раніше ,ніж у пацієнтів без запалення передміхурової залози .

На підставі цієї наукової інформації було проведено дослідження в урологічному відділенні КЛПЗ ПЦМЛ за 2009,2010,2011,2012,2013,2013,2014,2015,2016,2017,2018 роки. Піднявши історії з архіву ми визначали наймолодший та найстарший вік пацієнтів ,які зверталися до стаціонару з даною патологією .Для кращого сприйняття данних ми використали діаграму в якій зазначені хворі в наймолодшій та найстаршій віковій категорії.

Проаналізувавши її .ми бачимо ,що більшість хворих на ДГПЗ є чоловіки похилого віку.Це вікова категорія є притаманна для даної патології ,що і зумовлює її клінічно-морфологічний розвиток .Коли ми звернимо увагу на показник чоловіків молодшого віку ,ми бачимо ,що «омолодження» доброякісної гіперплазії передміхурової залози відбулося на території міта Прилук .Про це свідчить те .що показник молодшого віку ,жодного разу за досліджувані роки не був досягнутий встановленими статистичними даними віку для цього захворювання (65 років).

#### 3.4. Статистичні дані кількості пацієнтів з ДГПЗ та раку передміхурової залози після пат гістологічного дослідження

Як зазначалося вище,найефективнішим способом лікування доброякісної гіперплазії передміхурової залози є оперативне лікування . В результаті операції ,лікар отримує біологічний матеріал пацієнта . Після цього матеріал направляється в пат анатомічну лабораторію . У відділення вже приходять пат гістологічні заключення відправленого біологічного матеріалу.

Фото подано нижче.





Отимавши результати заключення лабораторії ,лікар проаналізувавши їх проводить уточнення діагнозу .В заключенні він бачить які клітини аденоми передміхурової залози були у пацієнта .Якщо пат гістологія дає заключення з доброякісними клітинами ,то це свідчить про власне доброякісну гіперплазію передміхурової залози .В іншому випадку, лабораторія дає заключення того ,що в біологічному матеріалі є аденомкарциномні клітини ,тобто злоякісні .В такій ситуації хворий отримує інший діагноз при виписці ,відповідно лікування та рекомендації.в такому випадку у пацієнта діагностують рак передміхурової залози .

Рак передміхурової залози –злоякісне новоутворення ,що розвивається з епітелію передміхурової залози і є дуже поширеним онкологічним захворюванням серед чоловіків.

В Україні показник смертності від раку простати -41 випадок на 100000 тис.населення .В той час у світі -18.7 випадків на 100000 тис. населення. Перш за все це пов’язано з тим ,що українські чоловіки дуже рідко звертаються до спеціаліста-немає культури профілактичних оглядів в уролога.

Виходячи з цього всього .ми вирішили дослідити кількість пацієнтів які оперативно лікувалися в КЛПЗ ПЦМЛ урологічного відділенні на предмет виявлення в них діагнозу ДГПЗ та раку передміхурової залози . Проаналізувавши журнали пат гістологічних заключень за досліджувані роки ми отримали такі дані:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Роки | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
| Кількість прооперованих хворих: | 40 | 19 | 31 | 44 | 29 | 37 | 31 | 25 | 43 | 37 |
| ДГПЗ: | 31 | 15 | 25 | 36 | 22 | 28 | 25 | 20 | 33 | 28 |
|  РПЗ: | 99 | 44 | 66 | 88 | 77 | 99 | 66 | 56 | 510 | 99 |

З цієї таблиці зрозуміло,що кількість хворих з ДГПЗ значно перевищує кількість хворих з РПЗ .Але нажаль хворих з РПЗ всеодно значна кількість ,з чим це пов’язано невідомо.

#  Висновки:

1.В результаті проведеної роботи кількості хворих у відсотковому співвідношенні взявши загальну кількість хворих за 100%,кількість хворих з ДГПЗ в середньому має:10,74% . Отже , поширеність даного захворювання набула підтвердження і в урологічному відділенні КЛПЗ ПЦМЛ.

2.Отримані дані другого дослідження є підтвердженням вікової категорії даного захворювання ,а також свідчать про «омолодження» досліджуваного захворювання на зазначеній території.

3.Аналіз третього дослідження дав нам підтвердження того що оперативне лікування є найбільш ефективним у лікуванні доброякісної гіперплазії передміхурової залози .

4.В четвертому досліджуванні статистичні дані прооперованих пацієнтів дали нам змогу оцінити кількість хворих на ДГПЗ а також кількість хворих з РПЗ.

Важливість нашої наукової роботи ,полягає в тому ,що всі наукові дані стосовно ДГПЗ ,мають статистичне підтвердження в КЛПЗ ПЦМЛ урологічного відділення за : 2009,2010,2011,2012,2013,2014,2015,2016,2017,2018 роки.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**

1. Неотложная хирургия. Диагностика и лечение острой хирургической патологии: В. Н. Чернов — Санкт-Петербург, Феникс, 2007 г.- 352 с

1. Нефрология и урология. Учебное пособие: А. С. Чиж, В. С. Пилотович, В. Г. Колб — Москва, Книжный дом, 2004 г.- 464 с.

1. Регистр лекарственных средств России РЛС Доктор. Выпуск 14. Урология, нефрология, мужское здоровье: — Москва, РЛС-МЕДИА, 2010 г.- 560 с.

1. Хинман Ф. Оперативная урология: атлас / Хинман Ф.; Под ред. Ю. Г. Аляева, В. А. Григоряна.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.- 1192с.
2. Давидов М. И. Обследование урологического больного / Давидов М. И.- Пермь: Здравствуй, 2003.- 135 с.: ил.