

Динамика и прогнозы заболеваемости доброкачественной гиперплазией предстательной железы в Нижегородской области

Dynamics and prognosis of the benign prostatic hyperplasia morbidity in Nizhegorodsky region

O.I. Apolikhin, F.A. Sevrakov, D.A. Sorokin, I.V. Karpuhin, A.B. Puchkin, D.V. Semenichev, A.D. Kochkin

This article contains the results of the dynamics investigation for the adult patients morbidity from the benign prostatic hyperplasia (BPH) according to the ambulatory medical aid appealability and admission rates.

The characteristics of the primary and general morbidity were analyzed in comparison with those of Russian Federation and Privolzhsky Federal Region. For the last 6 years of the observation a clear trend to the morbidity increase was evident for these 3 administrative units. In the Nizhegorodsky region the increment was registered at 9.3% for primary cases of BPH and at 25.5% for the overall morbidity by year 2010. Nevertheless, the morbidity rates for Nizhegorodsky region are substantially decreased when compared to 2 other units and the heterogeneity of the dynamics was evident. Clarification of the officially registered morbidity using the data extrapolation from the previously performed cross-sectional studies for the male patients older than 40 years let to define a very low part of the officially detected BPH morbidity – only 8.1%. Admittance analysis was done using the hospitalization data of the male patients older than 40 years to the urological clinics of Nizhegorodsky region. For the sake of the optimization, the medico-demographic peculiarities of the patients structure and some parameters of the organization and treatment quality were estimated. The results were used as statistical basis for the prognosis of the admittance morbidity for BPH, demonstrating a 1.4-fold increment of the hospitalizations by year 2015.

О.И. Аполихин¹, Ф.А. Севрюков², Д.А. Сорокин², И.В. Карпухин², А.Б. Пучкин², Д.В. Семёнычев², А.Д. Кочкин²

¹ФГБУ «НИИ урологии» Минздрава России

²Урологический центр НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Горький ОАО «РЖД»

Мировая статистика свидетельствует, что доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) – самая распространенная урологическая патология среди мужчин пожилого и старческого возраста. В последние десятилетия в большинстве стран мира отмечается выраженная тенденция к распространению ДГПЖ, что обусловлено старением населения и, соответственно, увеличением доли мужского населения старших возрастных групп [1]. В России по официальным данным заболеваемость ДГПЖ с начала века выросла в 1,5 раза, составив к 2009 г. 2221, 5 на 100 тыс. взрослого мужского населения [2].

Сведения о распространенности данного заболевания в мире разноречивы из-за недостаточной обращаемости мужчин за медицинской помощью. По данным отечественных исследований, доля мужчин, обращающихся к урологам по поводу ДГПЖ, составляет не более 7% от предполагаемого числа лиц с клинической симптоматикой [3,4]. Низкая активная выявляемость ДГПЖ приводит к поздней диагностике, про-

грессированию заболевания и развитию осложнений, требующих дорогостоящего стационарного лечения. Это выводит данное заболевание в ряд первоочередных медицинских, социальных и экономических проблем здравоохранения.

Состав населения Нижегородской области имеет некоторые медико-демографические отличия от среднероссийской структуры, связанные с проживанием на ее территории большей доли лиц старше трудоспособного возраста – 24,1% (в РФ – 21,4%). В этой связи нижегородское население более подвержено распространению возрастнo-обусловленной патологии, и в т.ч. ДГПЖ, что необходимо учитывать при проведении мероприятий модернизации урологической службы области. Отсутствие данных о состоянии и динамике заболеваемости ДГПЖ указывает на актуальность проведения региональных эпидемиологических исследований, поскольку эти сведения являются определяющими в планировании ресурсов и объемов специализированной медицинской помощи и профилактической работы с мужским населением.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Изучение динамики первичной и общей заболеваемости ДГПЖ взрослого мужского населения проводилось на основе данных обращаемости в ЛПУ ретроспективно за период 2005-2010 гг. в сравнительном исследовании по трем административным единицам – Нижегородская область, Приволжский Федеральный Округ (ПФО) и РФ в целом. С целью уточнения данных обращаемости была проведена экстраполяция результатов зарубежных и отечественных эпидемиологических исследований распространенности ДГПЖ на мужское население Нижегородской области соответствующих возрастных групп, что позволило определить предполагаемую численность контингента с клиническими проявлениями данного заболевания и, соответственно, долю официально регистрируемой заболеваемости.

Определение доли случаев ДГПЖ у уронефрологических пациентов по данным амбулаторных приемов и госпитализаций, анализ состава больных профильных стационаров и ряда других показателей организации и качества стационарного лечения проводились за период 2007-2010 гг. для мужского населения возрастной группы старше 40 лет. Полученные результаты послужили статистической основой для разработки прогноза госпитализированной заболеваемости ДГПЖ до 2015 г. при помощи линейной и экспоненциальной аппроксимации

уровней. За основу прогноза частоты госпитализаций мужского населения по поводу ДГПЖ был взят линейный тренд, согласно которому каждому временному периоду придается одинаковая значимость и не делается акцент на периоды роста.

Источниками информации послужили электронная база данных Росстата, сведения Нижегородского областного медицинского информационно-аналитического центра (в том числе годовые отчеты по формам № 12 и № 14), годовые отчеты о деятельности урологической службы Министерства здравоохранения и социального развития Нижегородской области.

Для обработки данных использовался комплекс математико-статистических методов: расчет относительных и средних величин, ошибок репрезентативности, параметрические и непараметрические методы оценки достоверности различий сравниваемых показателей и выборок (по Т-критерию Стьюдента, Т-критерию Уайта). Различие сравниваемых показателей считалось достоверным при $p \leq 0,05$. Обработка данных проводилась с применением специализированных пакетов прикладных программ SPSS 13.0 и STATISTICA- 6.0.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

По данным 2010 г. уровень первичной заболеваемости ДГПЖ в Ни-

жегородской области составил 421,9±5,8 случаев на 100 тыс. взрослого мужского населения, что на 17,1% ниже, чем в РФ и ПФО ($p < 0,001$). Уровень общей заболеваемости ДГПЖ, равный 1575,4±9,9‰, также значительно понижен относительно РФ – на 34,9% ($p < 0,001$) и относительно ПФО – на 33,8% ($p < 0,001$).

Динамика показателей первичной заболеваемости ДГПЖ за 2005-2010 гг. по всем трем административным единицам характеризуется высоким темпом прироста первичных случаев, составившим к 2010 г. в РФ – 14,2%, в ПФО – 7,7%, в Нижегородской области – 9,3%, (табл. 1). Прирост показателей прослеживается также при анализе динамики общей заболеваемости ДГПЖ – на 33,9% в РФ, на 24,9% – в ПФО и на 25,5% – в Нижегородской области. Ежегодный прирост числа пациентов с ДГПЖ объясняется не только процессами старения населения, но и улучшением качества диагностики, увеличением обращаемости мужчин за специализированной медицинской помощью благодаря повышению информированности населения о современных возможностях профилактики и лечения гиперплазии предстательной железы.

Вместе с тем следует отметить, что прирост общей заболеваемости в 2-3 раза превышает прирост первичной заболеваемости, что следует трактовать как увеличение обращаемости мужчин по поводу ДГПЖ, ■

Таблица 1. Динамика первичной и общей заболеваемости доброкачественной гиперплазией предстательной железы в РФ, ПФО и Нижегородской области за 2005–2010 гг. (на 100 тыс. взрослого мужского населения)

Административная единица		Зарегистрировано больных ДГПЖ на 100 тыс. мужского населения (P±m)						Темп прироста, %	P
		2005 г	2006 г	2007 г	2008 г	2009 г	2010 г		
РФ	ПЗ ¹	445,7±0,9	499,3±1,0	504,5±1,0	529,1±1,0	516,1±1,0	509,1±1,0	14,2	<0,001
	ОЗ ²	1805,8±1,9	1943,2±1,9	2067,7±2,0	2152,1±2,0	2221,5±2,0	2419,3±2,0	33,9	<0,001
ПФО	ПЗ ³	472,7±2,1	527,2±2,2	525,7±2,2	528,7±2,2	536,2±2,2	509,0±2,1	7,7	<0,001
	ОЗ ³	1904,0±4,1	2069,6±4,3	2094,9±4,3	2135,7±4,4	2223,5±4,4	2378,4±4,2	24,9	<0,001
НОЗ	ПЗ ³	385,9±5,9	402,4±5,8	387,4±5,9	409,1±5,8	437,2±5,9	421,9±5,8	9,3	<0,001
	ОЗ ³	1255,0±9,9	1301,6±9,9	1215,6±9,9	1221,7±9,9	1475,8±9,9	1575,4±9,9	25,5	<0,001

* 1ПЗ – первичная заболеваемость;
 2ОЗ – общая заболеваемость;
 3НО – Нижегородская область.

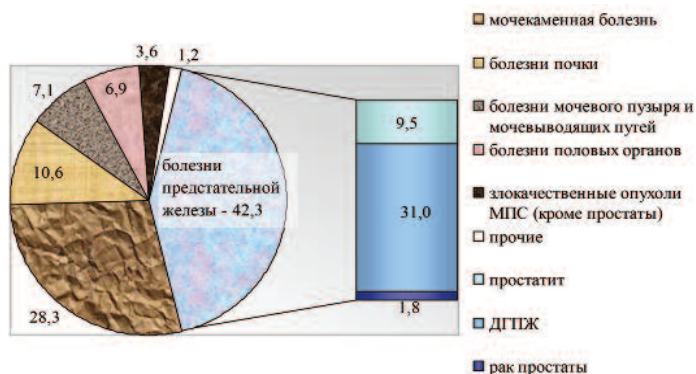


Рис. 1. Доля доброкачественной гиперплазии предстательной железы в структуре заболеваемости взрослого мужского населения Нижегородской области болезнями мочеполовой системы (по данным амбулаторных приемов 2010г., %)

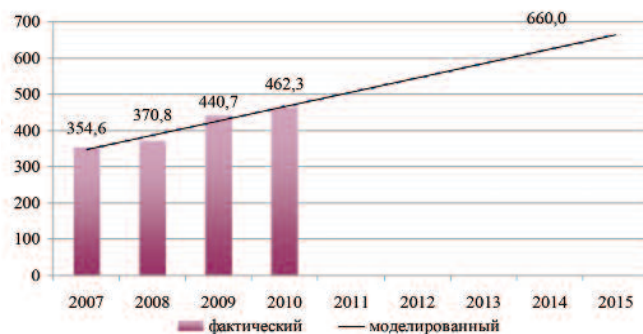


Рис. 2. Динамика и прогноз госпитализированной заболеваемости мужчин старше 40 лет доброкачественной гиперплазией предстательной железы в Нижегородской области до 2015 г. (на 100 тыс. мужчин соответствующего возраста)

выявленной в предыдущие годы. Эту тенденцию также демонстрирует относительное понижение уровней первичной заболеваемости в 2010 г. по отношению к 2009 г., регистрируемое по всем 3 административным единицам и характеризующее положительный результат диспансерных мероприятий, реализованных в соответствии с Приоритетным Национальным проектом «Здоровье».

Анализ 6-ти летней динамики заболеваемости ДГПЖ свидетельствует о значимом снижении в Нижегородской области показателей общей заболеваемости в 2007-2008 гг. (в среднем на 6,3% по отношению к уровню предыдущего года). В РФ и ПФО данных колебаний не отмечено. Отсутствие полноценной интерпретации выявленных колебаний, также как и значительная разность показателей заболеваемости ДГПЖ в Нижегородской области, РФ и ПФО инициировали дополнительное исследование причин установленных различий.

Для получения представления об истинных размерах официально регистрируемой заболеваемости ДГПЖ была проведена экстраполяция результатов ряда эпидемиологических исследований, ранее проведенных в раз-

личных странах мира и в России, на мужское население Нижегородской области (табл. 2). В соответствии с международными рекомендациями по вопросам ДГПЖ статистический учет пациентов с ДГПЖ необходимо проводить как минимум с 40-летнего возраста, когда выраженные клинические проявления уже имеют не менее 14% мужчин. Располагая данными возрастного состава мужского населения области за 2010 г. и используя расчетное процентное соотношение для отдельных возрастных групп, была определена прогнозируемая численность мужчин старше 40 лет с возможными клиническими признаками ДГПЖ, составившая 215 139 человек.

Сравнение прогнозируемой и фактической численности больных по данным амбулаторных приемов (17501 чел., 2010 г.), выявило долю официально регистрируемой заболеваемости, составившую всего 8,1%. Полученные данные коррелируют с результатами аналогичных исследований, проведенных в других регионах России [3, 4], и свидетельствуют о том, что обращаемость мужчин по поводу ДГПЖ в Нижегородской области по-прежнему остается низкой.

Таблица 2. Расчет численности мужского населения Нижегородской области с клиническими признаками ДГПЖ методом экстраполяции результатов ранее проведенных эпидемиологических исследований

Возрастные группы	Абс. число мужчин Нижегородской области (2010г.)	Доля мужчин с клиническими признаками ДГПЖ (по данным исследований, %)	Абс. расчетное число мужчин с клиническими признаками ДГПЖ в Нижегородской области
40-49	229 109	14	32075,3
50-59	224 933	24	53983,9
60-69	104 884	43	45100,1
70 и более	103 679	81	83980,0
Итого (>40 лет)	662 605	-	215139,3

* абс. числа – данные Росстата Нижегородской обл., 2010;
% – данные W.M. Garraway et. al., 1991, Ткачук В.Н., Лукьянов А.Э., 2003

Анализ структуры заболевания у уронефрологических пациентов мужского пола старше 40 лет по данным амбулаторных приемов в специализированных подразделениях медицинских учреждений Нижегородской области показал, что на первом месте по частоте их обращаемости находятся болезни предстательной железы, на втором – мочекаменная болезнь, на третьем – болезни почек. По данным 2010 г. в структуре общей заболеваемости мужчин болезнями мочеполовой системы доля обращений по поводу болезней предстательной железы составляет 42,3%, в том числе ДГПЖ – 31,0% (рис. 1).

Изучение сведений о стационарном лечении ДГПЖ среди мужчин старше 40 лет за период 2007-2010 гг. показало, что частота госпитализаций за 4 года наблюдения возросла на 30,4%, составив в 2010 г. 462,3 случая на 100 тыс. мужчин соответствующего возраста ($p < 0,001$). В то же время динамика госпитализированной заболеваемости ДГПЖ неоднородна, и темп роста показателей варьирует в значительных пределах. Для получения устойчивых во времени прогнозов по 4-летнему линейному тренду госпитализированной заболеваемости ДГПЖ мужчин в возрасте от 40 лет и старше было проведено математическое моделирование, позволившее подтвердить негативную тенденцию. Исходя из регистрируемого неуклонного повышения показателя за весь период наблюдения и, учитывая разный ежегодный темп прироста, расчетный уровень госпитализированной заболеваемости к 2015 г. составит 660,0 на 100 тыс. мужского населения старше 40 лет, что соответствует темпу прироста по отношению к 2010 г. – 42,8% (рис. 2).

По данным урологических стационаров области средний возраст госпитализированных больных с ДГПЖ составил 67,2±0,49 лет. При этом более половины пациентов (52,6%) поступили на стационарное лечение по экстренным показаниям, остальные (47,4%) – в плановом порядке. Большинство пациентов (74,8%) кроме основного заболевания имели те или иные осложнения со стороны мочеполовой системы, такие как: инфекции мочевых путей, камни мочевого пузыря, обструкция мочевых путей, хроническая почечная недостаточность. Наиболее грозные осложнения, в частности острая задержка мочи, наблюдалась у 4,6%, острая почечная недостаточность – у 1,2% пациентов, госпитализированных по экстренным показаниям. Кроме того, 78,2% пациента с ДГПЖ имели различные сопутствующие заболевания других органов и систем, зафиксированные в истории болезни. Из их числа 2/3 составляли болезни системы кровообращения и третья часть – болезни эндокринной, костно-мышечной систем, глаза и придаточного аппарата, органов дыхания и пищеварения, что коррелирует с возрастными особенностями заболеваемости контингента госпитализированных больных.

За последние 4 года отмечается плавное снижение показателя средней длительности пребывания в стационаре пациентов с ДГПЖ – с 12,6 – в 2007 г. до 11,7 дней – в 2010 г. Темп

убыли показателя за 6 лет составил – 7,2%, ($p < 0,02$). Это, прежде всего, связано с внедрением эндоскопических методов лечения ДГПЖ, что позволяет постепенно сокращать длительность госпитализации, сроки восстановления трудоспособности и объемы потребления дорогостоящей стационарной помощи.

Ведущим методом лечения больных ДГПЖ в стационарных условиях остается оперативный метод. Из общего числа госпитализированных пациентов с ДГПЖ в 2010 г. были прооперированы 87,1%. В структуре оперативных вмешательств наблюдается положительная тенденция: удельный вес открытых операций (одномоментной, двухэтапной аденомэктомии, радикальной простатэктомии) в последние 4 года снизился с 32,3 в 2007 г. до 24,2% – в 2010 г., уступая место прогрессивным эндоскопическим методам (биполярная трансуретральная резекция, трансуретральная энуклеация, биполярная электровапоризация простаты) доля которых в общем объеме оперативных вмешательств на предстательной железе возросла соответственно с 24,1 до 37,3%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, вопреки ожиданиям, обусловленным демографическими особенностями изучаемой территории, уровни первичной и общей за-

болеваемости ДГПЖ в Нижегородской области оказались существенно ниже в сравнении с РФ и ПФО. В то же время имеет место выраженная тенденция к росту заболеваемости ДГПЖ как по данным амбулаторных приемов, так и по данным госпитализаций, что в большей мере является результатом повышения объема и качества диагностики.

По результатам прогнозирования частота госпитализаций с данным заболеванием к 2015 г. возрастет в 1,5 раза. Данный прогноз, также как и определенные исследованием медико-демографические особенности госпитализируемого контингента и изменения объема и качества предоставляемых медицинских услуг, необходимо учитывать при планировании затрат на оказание стационарной медицинской помощи пациентам данного профиля.

Исследованием установлен крайне низкий уровень обращаемости нижегородских мужчин как за специализированной помощью, так и по вопросам профилактики ДГПЖ. Следовательно, в числе неотложных задач первичного звена здравоохранения необходимо предусмотреть мероприятия, направленные на повышение активной выявляемости заболевания среди мужчин группы риска (скрининг-обследования, диспансерные осмотры), а также на повышение их информированности по вопросам профилактики и лечения гиперплазии предстательной железы. ■

Резюме:

В статье представлены результаты изучения состояния и динамики заболеваемости взрослого мужского населения Нижегородской области доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ) по данным обращаемости в амбулаторно-поликлинические учреждения и госпитализаций. Показатели первичной и общей заболеваемости анализировались в сравнительном аспекте с аналогичными данными по Российской Федерации и Приволжскому Федеральному округу.

За 6 лет наблюдения по всем трем административным единицам отмечен выраженный рост заболеваемости ДГПЖ. В Нижегородской области темп прироста первичных случаев ДГПЖ к 2010г. составил – 9,3%, общей заболеваемости ДГПЖ – 25,5%. Вместе с тем, регистрируемые уровни заболеваемости среди нижегородцев существенно ниже относительно РФ и ПФО, к тому же имеет место неоднородность динамики показателей. Уточнение размеров официально регистрируемой заболеваемости методом экстраполяции данных ранее проведенных эпидемиологических исследований на мужское население Нижегородской области в возрасте старше 40 лет позволило определить крайне низкую долю официально регистрируемой заболеваемости ДГПЖ – всего 8,1%. Анализ госпитализированной заболеваемости проводился на основе сведений о госпитализации мужчин старше 40 лет по поводу ДГПЖ в урологические стационары Нижегородской области. С целью повышения эффективности стационарной медицинской помощи также были изучены медико-демографические особенности состава пациентов данного профиля и некоторые показатели организации и качества лечения. Полученные результаты послужили статистической основой для разработки прогноза госпитализированной заболеваемости ДГПЖ, демонстрирующего ожидаемый прирост стационарных случаев к 2015г. в 1,4 раза.

Ключевые слова: доброкачественная гиперплазия предстательной железы, первичная и общая заболеваемость, частота госпитализации, прогнозирование.

Key words: benign prostatic hyperplasia, primary and overall morbidity, hospitalization rate, prognosis.

ЛИТЕРАТУРА

1. De la Rosette J, Alivizatos G, Madersbacher S, Rioja Sanz C, Nordling J, Emberton M, Gravas S, Michel MC, Oelke M. // Guidelines on Benign Prostatic Hyperplasia European Association of Urology. 2006. 59 p.
2. Аполихин О.И., Сивков А.В., Бешлиев Д.А., Солнцева Т.В., Комарова В.А., Зайцевская Е.В. Анализ урологической заболеваемости в Российской Федерации в 2002-2009 годах по данным официальной

- статистики. // Экспериментальная и клиническая урология. 2011. № 1. С. 4-10.
3. Ткачук В.Н., Лукьянов А.Э. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. // СПб. СпецЛит. 2003.109с.
4. Сивков А.В. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы: персональный взгляд. // Урология сегодня. 2010. № 6. С. 7-11.