

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

¹В.И.Вощула, ²А.А.Пранович, ¹М.В.Щавелева

¹ Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск

² УЗ «Могилевская областная больница», г. Могилев

Постарение населения, наблюдаемое в большинстве стран мира, привело к беспрецедентному росту хронической и возрастной патологии. Одним из наиболее распространенных заболеваний мужчин пожилого и старческого возраста является доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ): согласно ряду проведенных за рубежом исследований, к старости данная патология развивается у 95% мужчин. При несвоевременном начале и неадекватном лечении ДГПЖ приводит к нарушению функций жизненно важных органов, в частности, развивается хроническая почечная недостаточность. Кроме того, ДГПЖ ведет к значительному ухудшению качества жизни. Расстройства, обусловленные ДГПЖ, вызывают физические и моральные страдания, обусловленные психической травмой, сексуальным конфликтом, развитием невроза и неврастении. Недооценка значимости патологии как самими пациентами, так и системой оказания медицинской помощи ведет к тому, что лечение ДГПЖ ложится тяжким бременем на системы здравоохранения большинства стран. Диагноз ДГПЖ зарегистрирован более чем у 44 тыс. мужчин Беларуси. В статье проанализированы эпидемиологическая ситуация по ДГПЖ в стране и в мире, а также некоторые сложившиеся подходы к лечению данной патологии.

Постарение населения, наблюдаемое в большинстве стран мира, сопровождается беспрецедентным ростом хронической и возрастной патологии (новообразования, сахарный диабет, хронические болезни органов дыхания, системы кровообращения и костно-мышечной системы, патология органов слуха и зрения, болезни почек, предстательной железы и пр.).

Одним из наиболее распространенных заболеваний мужчин пожилого и старческого возраста является доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ): к старости данная патология развивается у 95% мужчин [1, 2]. При несвоевременном начале и неадекватном лечении ДГПЖ приводит к нарушению функций жизненно важных органов, в частности, развивается хроническая почечная недостаточность, что ложится тяжким бременем на систему здравоохранения, так как лечение ДГПЖ в настоящее время требует значительных финансовых ресурсов. Так, расходы шести наиболее развитых стран мира только на хирургическую помощь больным ДГПЖ превышают 3 млрд долл. США в год.

Что еще более важно, развитие ДГПЖ ведет к значительному ухудшению качества жизни пожилых людей. Расстройства, обусловленные ДГПЖ, вызывают тяжелые физические и моральные страдания, обусловленные глубокой психической трав-

мой, сексуальным конфликтом, развитием невроза и неврастении [2].

На XVI конгрессе Европейской ассоциации урологов в 2001 г. отмечалось, что, несмотря на многочисленные эпидемиологические исследования, проведенные в течение предшествующих 20 лет, истинную распространенность ДГПЖ установить сложно [3]. По мнению R.Boyle et al., основная трудность точной оценки распространенности ДГПЖ связана с отсутствием общепринятого определения данного заболевания и критериев его диагностики, особенно на начальных стадиях болезни. Многие авторы, в том числе Л.М.Гориловский [4], считают вполне обоснованным различать морфологический и клинический диагноз при изучении эпидемиологии доброкачественной гиперплазии предстательной железы. Это объясняется тем, что наличие ДГПЖ можно достоверно установить только на основании морфологического исследования ткани предстательной железы, а окончательный клинический диагноз – «доброкачественная гиперплазия предстательной железы» – лишь после исключения всех других болезней, общим проявлением которых являются симптомы нижних мочевых путей (СНМП) [5].

По данным комплексного международного исследования, проведенного J.T.Isaaks и D.S.Coffey в 1997 г. в Европе, Азии и Америке,

морфологические признаки ДГПЖ выявлены у 11,4% пациентов в возрасте 40–49 лет, у 38,2% пациентов в возрасте 50–59 лет, 68,5% – в 60–69 лет, 79,6% – в 70–79 лет и у 81,4% мужчин в возрасте 80 лет и старше. Аналогичные данные через 10 лет опубликовал H.Lerog [6]. По данным В.Н.Ткачука, при аутопсии ДГПЖ выявляют более чем у 80% мужчин старше 70 лет [7].

В 2008 году в Беларуси проживало 735811 мужчин в возрасте 40–49 лет [8]. Если предположить, что в этой возрастной группе морфологические признаки ДГПЖ встречаются у 11,4% лиц (в соответствии с приведенными выше данными международных эпидемиологических исследований), то они должны присутствовать у 83882 мужчин данного возраста. По аналогии морфологические признаки ДГПЖ должны присутствовать у 229287 человек в 50–59 лет; 213166 – в 60–69 лет, у 233571 мужчины в возрасте 70 лет и старше. Таким образом, можно предположить, что из 1939197 мужчин в возрасте 40 лет и старше, проживавших в 2008 году в Беларуси, 759906 (39,2%) имели морфологические признаки доброкачественной гиперплазии предстательной железы.

В то же время на основании выявления увеличенной предстательной железы еще нельзя поставить точный клинический диагноз ДГПЖ, так как увеличение простаты в размерах не всегда соотносится с клиническими симптомами и скоростью мочеиспускания.

В связи с этим, в последнее время распространенность клинически значимой ДГПЖ оценивается по числу мужчин, обращающихся за медицинской помощью с симптомами нижних мочевых путей. Несмотря на то, что причинами появления названных симптомов могут быть другие заболевания и расстройства: хронический простатит, рак предстательной железы и пр., еще в XIX веке доказано, что наиболее частой причиной расстройства мочеиспускания является именно ДГПЖ.

Исследователи сообщают о различной частоте встречаемости клинически значимой ДГПЖ. В Балтиморском исследовании около 60% пациентов в возрасте 60 лет и старше имели ту или иную степень клинически выраженной ДГПЖ. По мнению J.W.Logic [9], характерный комплекс симптомов и клинически значимые макроструктурные изменения предстательной железы развиваются у 40–50% мужчин в возрасте 50–64 лет. При этом считается, что количество мужчин с СНМП удваивается с каждым десятилетием жизни.

Естественное течение клинически значимой ДГПЖ можно проследить в крупных популяционных исследованиях и в плацебо-группах двой-

ных слепых рандомизированных исследований. Одно из них – Olmsted country study – популяционное исследование, в ходе которого в течение 12 лет наблюдались мужчины 40–79 лет. В начале исследования 16% мужчин в возрасте 40–49 лет имели умеренные и выраженные СНМП. В возрасте 70–79 лет распространенность СНМП достигла 36% [9].

Если предположить, что общая распространенность СНМП составляет 26% (в соответствии с данными Olmsted country study), то можно гипотетически рассчитать распространенность СНМП, обусловленных ДГПЖ, в Республике Беларусь. Для количества мужчин в возрасте 40 лет и старше, равного в 2008 г. 1939197 человек, число пациентов с СНМП, обусловленными ДГПЖ, должно составить 504191.

При этом по официальным статистическим данным (форма 1 – заболеваемость) в Республике Беларусь на конец 2008 г. был зарегистрирован (с учетом всех ведомств, оказывающих медицинскую помощь населению) 44521 пациент с ДГПЖ (229,59 на 10 тыс. мужского населения в возрасте 40 лет и старше). Таким образом, официально зарегистрированное число лиц с клинически диагностированной ДГПЖ в нашей стране как минимум в 11 раз меньше, чем гипотетически рассчитанное нами. Не настаивая на необходимости «абсолютного» переноса данных международных исследований на население Беларуси, считаем, что официальная статистика оперирует прежде всего данными, полученными на основании обследования мужчин, лечившихся по поводу этой болезни или указавших на яркие клинические симптомы заболевания при профилактических осмотрах. В этом отношении интересны данные, приведенные M.Vargy et al. в 2002 году. Так, почти $\frac{2}{3}$ мужчин, имеющих нарушение акта мочеиспускания, к врачам не обращались и не обследовались. Основные причины, на которые указали 45% опрошенных: боязнь оперативного вмешательства и диагноза «рак предстательной железы». Еще 14% считали, что эти симптомы характерны для возраста, а не для заболевания; 5% испытывали чувство стыда и т.д. [10].

Таким образом, к перечисленным выше проблемам тяжелых осложнений ДГПЖ, бремени лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы и качества жизни пациентов с этим заболеванием добавляется проблема гиподиагностики ДГПЖ из-за неинформированности пациентов по основным симптомам данного заболевания и современным возможностям лечения. Это сказывается:

на прогнозе течения заболевания: в 2008 году ДГПЖ оказалась причиной смерти 0,09% общего числа умерших мужчин нашей страны или 0,15% мужчин в возрасте 70 и более лет;

на определении тактики лечения и, соответственно, его стоимости.

В связи со значимостью данной проблемы в республике с 2008 года налажен официальный учет лиц, болеющих ДГПЖ («Отчет о числе заболеваний, зарегистрированных у больных в возрасте 18 лет и старше, проживающих в районе обслуживания»).

Таким образом, на диспансерном учете (ДУ) по поводу ДГПЖ в организациях системы здравоохранения находятся только 21,4% пациентов с выявленной патологией. Вместе с тем, частота взятия на ДУ варьирует по различным регионам республики (от 11,7% в г. Минске до 46,3% в Гродненской области).

К настоящему времени четко сформировались две альтернативы в лечении ДГПЖ: хирургическое и медикаментозное лечение. Доброкачественная гиперплазия простаты в течение многих лет признавалась хирургическим заболеванием, а “золотым стандартом” в ее лечении в последние годы являлась трансуретральная резекция предстательной железы [11]. Однако инвазивность и наличие большого числа возможных побочных эффектов привели к широкому распространению медикаментозного лечения. Последнее продолжает развиваться, при этом основными целями новых разработок являются снижение частоты приема препаратов и выраженности побочных эффектов при сохранении клинической эффективности. Число

мужчин, получающих медикаментозное лечение по поводу ДГПЖ, продолжает увеличиваться как во всем мире, так и в Республике Беларусь. На XX конгрессе Европейской ассоциации урологов в 2005 году было отмечено, что последнее десятилетие характеризуется устойчивой тенденцией к уменьшению количества операций при симптоматической ДГПЖ в пользу консервативной терапии.

Не ставя в данной статье задачу дать оценку применяемым консервативным методам лечения ДГПЖ, отметим, что медикаментозная терапия должна назначаться больным с начальными проявлениями нарушения мочеиспускания без вовлечения в процесс верхних мочевых путей и осложнений; больным с относительными и абсолютными противопоказаниями к оперативному лечению; пациентам, отказавшимся от оперативного лечения или откладывающим его по различным причинам [12]. К сожалению, выбор медикаментозного лечения ДГПЖ нередко определяется материальными возможностями больного и его семьи.

Оперативное лечение признано наиболее эффективным при осложнённых и тяжёлых формах ДГПЖ, особенно в случаях безуспешности медикаментозной терапии.

В настоящее время доброкачественная гиперплазия предстательной железы – вторая по частоте причина госпитализации в урологические отделения стационаров республики, уступающая лишь мочекаменной болезни: на долю ДГПЖ приходится от 12 до 27% госпитализаций в урологические отделения. Количество госпитализирован-

Таблица 1

Численность больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы, зарегистрированных Министерством здравоохранения Республики Беларусь в 2008 г.

Регион	Число лиц, у которых зарегистрирована ДГПЖ	Из них число лиц, у которых ДГПЖ зарегистрирована впервые в жизни	Число лиц с ДГПЖ, состоящих на диспансерном учете на конец отчетного года (в процентах из общего числа лиц с ДГПЖ)
г. Минск	14582	2290	1709 (11,7%)
Брестская обл.	3879	1103	1113 (28,7%)
Витебская обл.	7570	1453	1350 (17,8%)
Гомельская обл.	5860	1517	1779 (30,6%)
Гродненская обл.	2377	759	1100 (46,3%)
Минская обл.	5314	1266	831 (15,6%)
Могилевская обл.	2621	593	1148 (43,8%)
Всего зарегистрированных организациями здравоохранения системы Минздрава Республики Беларусь	42203	8981	9030 (21,4%)

Таблица 2

Количество пациентов, находившихся в 1997–2008 гг. в различных регионах Республики Беларусь на стационарном лечении по поводу доброкачественной гиперплазии предстательной железы

Год	Минск	Брестская обл.	Витебская обл.	Гомельская обл.	Гродненская обл.	Минская обл.	Могилевская обл.	Всего
1997	783	990	963	856	630	1150	1020	5234
1999	863	1045	1312	1146	675	1272	1083	6087
2001	814	1060	1226	928	720	1112	1081	6768
2003	920	987	935	918	690	1004	815	6941
2005	1018	890	1066	1110	725	1155	929	7631
2008	1261	1391	1199	1194	1005	1026	1117	8193

ных пациентов с ДГПЖ прогрессивно увеличивается в каждой области и по стране в целом (табл. 2, рис. 1). Если в 1997 году в стационарах республики лечились по поводу ДГПЖ 5234 чел., то в 2008 г. число пациентов возросло на 36% – до 8193. Наибольший рост госпитализаций отмечается в Минске и Гродненской области (до 38%, табл. 2).

Из лекарственных средств, по результатам мониторинга аптечных и больничных закупок (данные Pharmexpert за 3-й квартал 2008 г. – 3-й квартал 2009 г.), в Беларуси наиболее востребованы препараты растительные и натурального происхождения (рис. 2), далее по уровню использования при консервативном лечении следуют альфа-блокаторы и синтетические ингибиторы 5-альфа-редуктазы.

Нами систематизированы данные о количестве и видах операций при ДГПЖ, выполненных в республике за последние 12 лет (рис. 3, табл. 3).

Уровень оперативных вмешательств при ДГПЖ в стационарах республики с 1997 г. вырос

на 24%. По нашему мнению, к этому привели изменение возрастной структуры мужского населения (постарение), а также следующие негативные моменты: поздняя обращаемость пациентов к врачу, несвоевременная диагностика, недостатки в организации диспансерного наблюдения и, соответственно, развитие осложнений на различных стадиях заболевания.

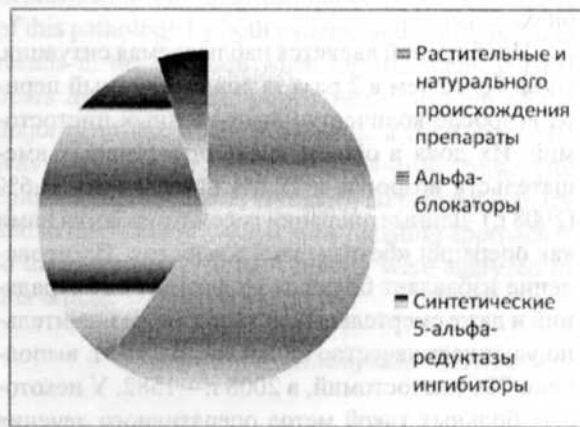


Рис. 2. Востребованность лекарственных средств, применяемых при консервативном лечении ДГПЖ в 2008–2009 гг.

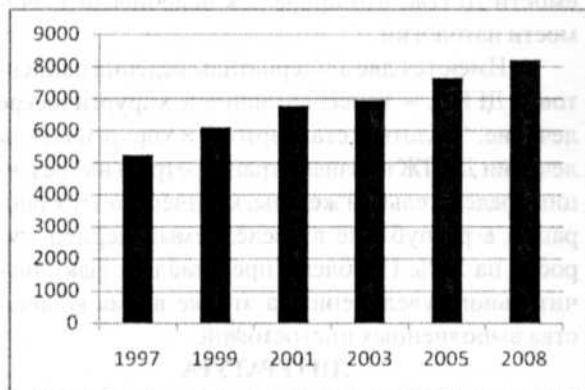


Рис. 1. Количество пациентов, находившихся в 1997–2008 гг. в Республике Беларусь на стационарном лечении по поводу доброкачественной гиперплазии предстательной железы

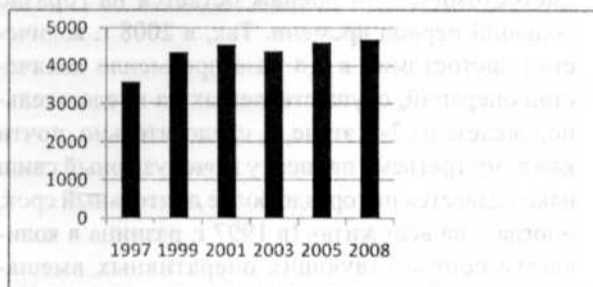


Рис. 3. Динамика числа оперативных вмешательств, выполненных в Республике Беларусь в 1997–2008 гг.

Динамика основных оперативных вмешательств при доброкачественной гиперплазии предстательной железы в Республике Беларусь в 1997–2008 гг.

Вид оперативного вмешательства	1997	1999	2001	2003	2005	2008
Трансуретральная резекция предстательной железы (ТУРП)	643	729	768	810	729	987
Одномоментная аденомэктомия (ОА)	1822	2073	1948	1458	2073	1501
2-й этап операций на предстательной железе	321	416	422	287	416	565
Цистостомия	786	1394	1283	1232	1394	1582
Всего оперировано больных	3574	4619	4581	4405	4619	4708

Основными видами оперативного лечения на протяжении анализируемого периода были трансуретральная резекция предстательной железы (ТУРП) и одномоментная аденомэктомия (ОА), суммарно они выполнялись в 68,9 и 52,8% случаев соответственно в 1997 и 2008 гг.

Количество выполненных ТУРП по регионам республики существенно различается. В 2008 г. больше всего ТУРП произведено в г. Минске и Минской области (171 и 209 соответственно), а наименьшее количество – в Витебской области (81 операция). Можно предположить, что такое неравномерное распределение связано с отсутствием необходимого оборудования в некоторых регионах.

Проблемной является наблюдаемая ситуация, когда более чем в 2 раза за анализируемый период возросло количество выполненных цистостомий. Их доля в общем числе оперативных вмешательств возросла с 22,0% (1997 г.) до 33,6% (2008 г.). Данные операции рассматриваются нами как операции «безнадежного выбора». Их проведение избавляет больных от физических страданий и даже смертельных исходов, но незначительно улучшает качество их жизни. В 1997 г. выполнено 786 цистостомий, в 2008 г. – 1582. У некоторых больных такой метод оперативного лечения используют временно (на 3–4 месяца), после чего выполняют ТУРП или ОА (2-й этап операций на предстательной железе). Однако, по нашим данным, у большинства прооперированных больных цистостомический дренаж остается на гораздо больший период времени. Так, в 2008 г. количество цистостомий в 2,8 раза превысило количество операций, осуществляемых на предстательной железе на 2-м этапе, а, следовательно, почти каждому третьему пациенту мочепузырный свищ накладывается на гораздо более длительный срок, иногда – на всю жизнь (в 1997 г. разница в количестве соответствующих оперативных вмешательств составляла 2,5 раза, табл. 3). По нашему мнению, причинами столь значительного увеличения количества цистостомий являются измене-

ние возрастной структуры мужского населения, а также недостатки в организации медицинского обеспечения больных ДГПЖ. Это ведет к тому, что в республике увеличивается группа больных, требующих профилактики и лечения осложнений, наблюдающихся при мочепузырных свищах, а также нуждающихся в медико-социальной и психологической реабилитации.

Таким образом, на сегодняшний день на фоне значительного роста распространенности заболеваемости ДГПЖ среди населения проблема поиска оптимальных путей медицинского обеспечения больных ДГПЖ в нашей республике остается до конца не решенной.

Выводы:

1. На фоне старения населения во всем мире наблюдается значительный рост заболеваемости доброкачественной гиперплазией предстательной железы, нередко сопровождающейся развитием тяжелых осложнений.

2. Основные проблемы, с которыми сталкивается здравоохранение большинства стран при лечении ДГПЖ, – растущее «бремя лечения болезни», необходимость обеспечения достойного качества жизни пациентов с ДГПЖ.

3. До 2008 г. в Республике Беларусь не был налажен должный статистический учет заболеваемости ДГПЖ, что привело к недооценке значимости патологии.

4. Имеются две альтернативы ведения пациентов с ДГПЖ – консервативное и хирургическое лечение. «Золотым стандартом» в хирургическом лечении ДГПЖ признана трансуретральная резекция предстательной железы, количество этих операций в республике в исследуемый период выросло на 35%. Проблему представляет факт значительного увеличения за это же время количества выполненных цистостомий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Boyle, P. Benign prostatic hyperplasia (BPH): A progressive disease of the ageing male / P.Boyle, M.Emberton, G.Andriole, I.Rosette et al. // *Urology*. – 2003. – №.61. – P.267–273.

2. *Schroder, F.* Benign Prostatic Hyperplasia. A Diagnosis and Treatment Primer / F.Schroder, I.Altwein. – Oxford, 1992. – P.31–50.
3. *Thomas, A.W.* The natural history of lower urinary tract dysfunction in men: minimum 10-year urodynamic follow-up of transurethral resection of prostate for bladder outlet obstruction / A.W.Thomas, A.Cannon, E.Bartlett, J.Ellis-Jones, P.Abrams // *J. Urol.* – 2001. – November; No.5. – P.174.
4. *Горюловский, Л.М.* Эпидемиология и факторы риска развития доброкачественной гиперплазии предстательной железы // *Доброкачественная гиперплазия предстательной железы* / Под ред. Н.А.Лопаткина. – М., 1997. – С.10–18.
5. *Пушкарь, Д.Ю.* Современный алгоритм обследования и лечения больных аденомой предстательной железы / Д.Ю.Пушкарь, П.И.Раснер // *Урология.* – 2007. – №3. – С.87–94.
6. *Lepor, H.* Pathophysiology, epidemiology and natural history of benign prostatic hyperplasia / H.Lepor et al. // *Reviews Urology.* – 2004. – V.6 (Suppl 9). – P.3–10.
7. *Ткачук, В.Н.* Медикаментозное лечение больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы / В.Н.Ткачук, С.Х.Аль-Шукри, А.Э.Лукьянов. – СПб., 2000. – 104 с.
8. *Здравоохранение в Республике Беларусь: офиц. стат.сб. за 2008 г.* – Минск: ГУ РНМБ, 2009. – 315 с.
9. *Logic, J.W.* Lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic obstruction: Triumph – the role of general practice data-bases / J.W.Logic, G.M.Farmer et al. // *Eur.Urol. (suppl 3).* – 2001. – P.42–47.
10. *Ткачук, В.Н.* Медикаментозное лечение доброкачественной гиперплазии предстательной железы / В.Н.Ткачук. – М., 2009. – 111 с.
11. *Мартов, А.Г.* Практическое руководство по трансуретральной эндоскопической электрохирургии доброкачественной гиперплазии предстательной железы / А.Г.Мартов, Н.А.Лопаткин. – М.: Триада X, 1997. – 103 с.
12. *Souverein, P.* Drug treatment of BPH and hospital admission for BPH-related surgery / P.Souverein, I.Erken, I.De la Rosette et al. // *Europ. Urol.* – 2003. – No.43. – P.528–534.

EPIDEMIOLOGIC ASPECTS OF BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA INCIDENCE RATE IN THE REPUBLIC OF BELARUS

V.I. Voshchula, A.A. Pranovich, M.V. Shchhaveleva

Ageing of population, observed worldwide in the majority of countries, resulted in an unexampled growth of chronic and age pathology. One of the most common diseases among men of middle and old age is a benign prostatic hyperplasia (BPH). According to a number of the conducted international studies, in old age this pathology develops in 95% of men. If treatment of BPH is untimely and inadequate this will result in the dysfunction of vitally important organs. In particular, chronic renal insufficiency develops. Besides, BPH leads to a considerable deterioration in quality of life. Disorders caused by BPH produce physical and moral sufferings, resulted from shock, sexual conflict, neurosis and neurasthenia. The underestimation of the importance of this pathology by both patients and health services results in the situation when the treatment of BPH bears heavily on the public health system of the majority of countries. In Belarus, a BPH diagnosis was registered in more than 44000 men. The epidemiologic situation as regards BPH in our country and in the world as well as some existing approaches to the treatment of this pathology were analyzed in this article.

Поступила 19.11.2009 г.