

ЕПІДЕМІОЛОГІЯ ДОБРОЯКІСНОЇ ГІПЕРПЛАЗІЇ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ В УКРАЇНІ

*Н.О. Сайдакова¹, В.П. Стусь², С.П. Дмитришин³,
Абдулфатах Ахмед Моаллім⁴, В.М. Шило⁵, Я.М. Мельничук⁴, Г.Є. Кононова¹*

¹ ДУ «Інститут урології НАМН України»

² ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

³ Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

⁴ Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

⁵ Черкаська обласна лікарня Черкаської обласної ради

Вступ. Вирішення проблеми збереження здоров'я населення пов'язане із володінням результатами моніторингу щодо поширеності, захворюваності розповсюджених захворювань та показників надання медичної допомоги хворим, які на них страждають [3, 7]. Доброякісній гіперплазії передміхурової залози (ДГПЗ) належить одне із провідних місць у клінічній урології і настільки вона різнобічно представлена в джерелах наукових баз даних, що не потребує додаткових аргументів щодо її медико-соціальної значимості [6, 10]. Разом з тим, і саме тому з часом не зменшується актуальність покращення якості та результатів надання медичної допомоги хворим на ДГПЗ. Вона обумовлюється удосконаленням діагностичних можливостей та особливо методів як консервативного, так і хірургічного лікування [1, 5]. Поява на фармакологічному ринку нових препаратів, широка пропаганда відомих і добре зарекомендованих у разі адекватного контрольованого їх використання, ставить перед хворими питання вибору. Тоді як хірургічне втручання, що на сьогодні також у своєму арсеналі має достатньо широкий спектр методів і будучи все ж таки остаточним, поступається до певної межі першому [9, 11]. Зазначене, певним чином, відбивається на показниках, за якими прийнято оцінювати стан питання [8].

Вищевикладене підкреслює важливість систематичного вивчення та аналізу епідеміологічних даних в аспекті комплексу якісних критеріїв щодо результатів лікування зазначеної категорії хворих. При цьому слід враховувати регіональні особливості, оскільки вони мають відмінності з ресурсного забезпечення населення урологічною допомогою.

Мета роботи: оцінити рівні захворюваності, поширеності доброякісної гіперплазії передміхурової залози серед чоловіків та основні результати надання їм медичної допомоги у

м. Києві в порівняльному аспекті з аналогічними показниками в цілому по Україні.

Матеріали та методи дослідження. У роботі використані матеріали державних і галузевих статистичних звітів медичних закладів МОЗ України за 2011 – 2016 роки (форми № 12 «Звіт про число захворювань, зареєстрованих у хворих, які проживають в районі обслуговування лікувального закладу» та № 47 – «Звіт про мережу та діяльність медичних установ»). З метою оцінки не лише динаміки змін захворюваності, поширеності ДГПЗ серед чоловічого населення та показників надання їм медичної допомоги (охоплення диспансерним спостереженням, кількість госпіталізованих з її тривалістю, рівень оперативних втручань, післяопераційної летальності, смертності, тощо), але й інтенсивності процесів виділяли два періоди. Вони представляли собою два трирічних проміжки: I період – 2011–2016 рр. і II – 2014–2016 роки. Здійснювався одномоментний вибірковий метод з побудовою динамічних рядів на основі контрольних точок. Слід зазначити, що такий підхід був зумовлений також ситуацією, що склалася в Україні в зв'язку з анексією АР Крим та відмежуванням окремих районів Донецької та Луганської областей, що не могло не відбитися на відповідних показниках за 2014–2016 роки. Тому потреба в об'єктивній характеристиці становища в Україні стала додатковим аргументом доцільності проведення порівняльного аналізу. Наступною особливістю роботи слід вважати вивчення в зазначеному аспекті відповідних даних по м. Києву. Столиця представляє інтерес з декількох позицій. Передусім, чисельність її населення не зазнало суттєвих змін, крім того, цікавими для клінічної урології є результати діяльності по наданню спеціалізованої допомоги зазначеній категорії хворих у мегаполісі з розвинутою урологічною службою, яким є м. Київ. Крім того, такий мегаполіс, як столиця, сам по собі потре-

бує уваги з точки зору визначення стану здоров'я населення, що проживає на його території. З таких позицій, передусім, перевага надається найбільш поширеним та соціально значимим патологіям. Серед останніх, з відомих причин, доброякісна гіперплазія передміхурової залози (ДГПЗ) займає одне із провідних місць. Одержана інформація дозволить зорієнтуватись у визначенні напрямів поліпшення надання медичної допомоги зазначеної категорії.

Вивчалися абсолютні, відносні величини. У процесі варіаційно-статистичної обробки розраховували середньоарифметичне значення, середньоквадратичне відхилення, стандартну похибку; достовірність відмінностей порівнювальних величин оцінювали за критерієм Стьюдента. Для визначення динаміки залучали систему показників: абсолютне збільшення (зменшення), темп приросту (зниження).

Результати та їх обговорення. У 2016 році по Україні зареєстровано 170 901 хворого на ДГПЗ, з яких 79,5% (135 827 чол.) було пенсійного та 20,5% (35 074) – працездатного віку. Від загальної їх кількості 17,8% (30 382) хворих перебувало на обліку у м. Києві; з них 80,7% та 19,3% відповідно у пенсійному та працездатному віці. Рівень поширеності в країні становив 1081,6 (серед чоловіків старше 18 років) та 273,3 і 4050,0 на 100 тис. серед працездатного та старше працездатного віку. У столиці показники серед усіх вікових груп чоловічого населення суттєво вищі впродовж років спостереження, а у 2016 р. дорівнювали – 2862,5 та 675,8 серед працездатного і 11 274,3 – непрацездатного (на 100 тис.) [8].

Результати порівняльного аналізу динаміки показників за періодами вивчення мають відмінності як за характером, так і за інтенсивністю їх змін у розрізі вікових груп. Для м. Києва притаманне зменшення поширеності ДГПЗ серед чоловіків, у тому числі працездатного та непрацездатного віку (рис. 1).

При цьому, як видно на рис. 1, в останні три роки (2014–2016 рр.) воно відбувається в повільнішому темпі, ніж за три попередні. Тоді як у цілому по Україні повільнішим (на 1,6%), ніж у столиці зменшення рівня було в перший трирічний період, який змінився приростом (на 0,4%) в наступному. Проте, більш вагомим є факт зростання поширеності серед чоловіків працездатного віку, інтенсивність якого збільшується: за 2011–2013 рр. темп приросту становив 1,8%, за 2014–2016 рр. – 2,4%. Лише серед чоловіків старше працездатного віку характер змін співпадав у цілому по Україні та столиці. Тобто, мало місце зменшення рівня поширеності ДГПЗ з темпом по країні 4,7% та 2,4% відповідно за перший та другий періоди, в столиці – 12,4% та 6,3% відповідно. На рис. 2 приведені усереднені значення рівнів поширеності за кожний із двох періодів та за 6 років у цілому, за якими видно, що вони в м. Києві достовірно стають меншими.

При практично стабільних їх величинах по Україні серед осіб працездатного віку ($271,0 \pm 4,8$ проти $276,2 \pm 1,7$ відповідно по періодах на 100 тис.), вони достовірно менші у другому періоді серед непрацездатного $4078,5 \pm 30,0$ проти $4541,8 \pm 52,0$.

Із наведених вище даних уваги потребують наступні. Так, якщо за роки цілісної тери-

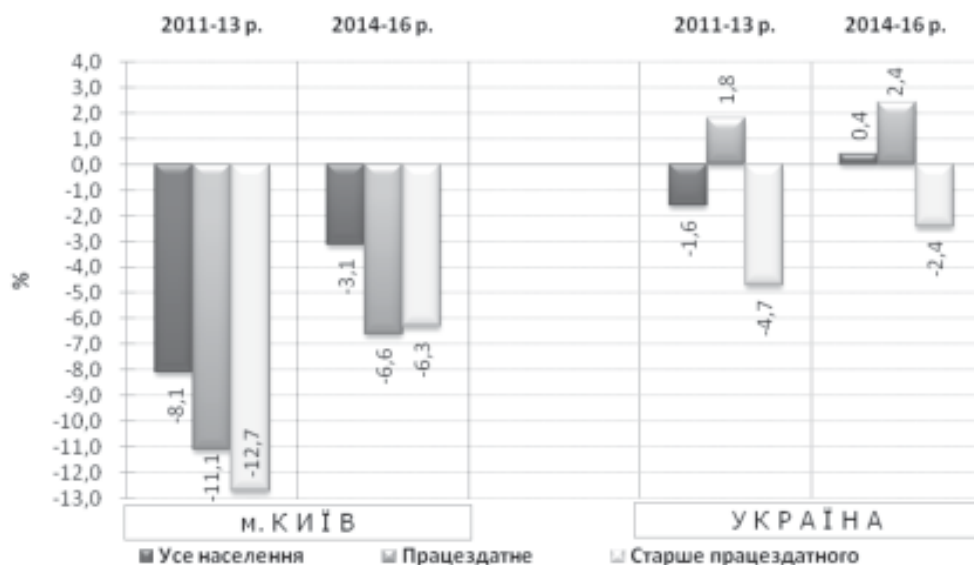
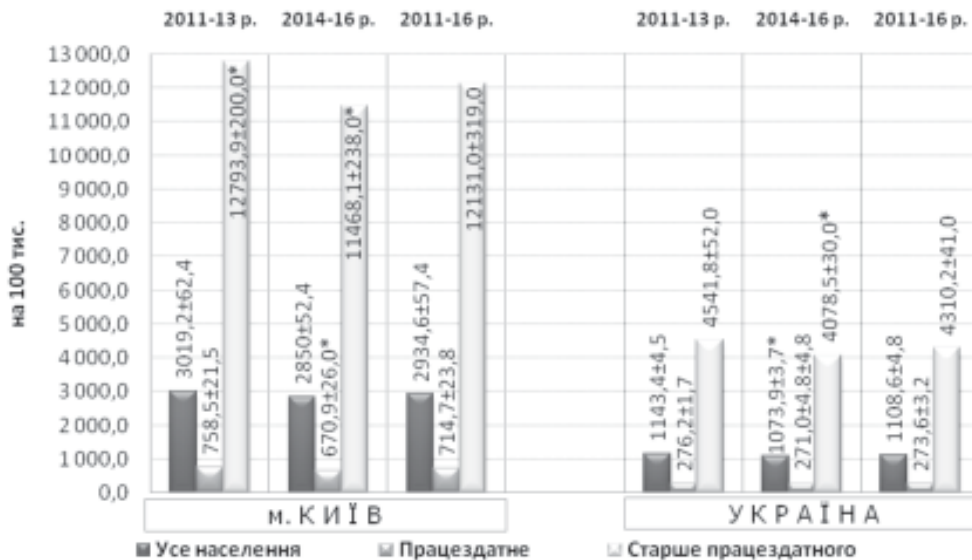


Рис. 1. Характер динаміки показників поширеності ДГПЗ серед різних вікових груп чоловічого населення м. Києва та України в цілому за періодами вивчення (темп приросту/зниження; %)



Примітка: * – різниця достовірна між величинами за періодами; $p < 0,5$.

Рис. 2. Усереднені значення показників поширеності ДГПЗ в м. Києві та в цілому по Україні за періодами вивчення з урахуванням віку чоловіків

торії України спостерігалась тенденція до зменшення поширеності на ДГПЗ (на 1,6%), то в другому, за умов її змін з відомих причин, навпаки, незначне зростання (на 0,4%). Вагомого значення така інформація набуває разом із приростом показників серед працездатної вікової категорії чоловіків, тим більше, що темп його в другому періоді перевищував в першому (2,4% проти 1,8% відповідно). Крім того, особливість останнього положення зростає, якщо враховувати його тло у вигляді хоча й незначного, проте все ж таки зменшення рівня поширеності патології серед непрацездатних.

Для столиці відмічене повсюдне зменшення поширеності відбувається з меншим темпом

в останні три роки (2014–2016 рр.), при тому, що частка його серед загальної чисельності зростає до 6,72% у 2016 р. проти 6,17% у 2011 році.

Далі подаємо результати вивчення динаміки захворюваності на ДГПЗ. На рис. 3 наочно представлено темп зростання (зменшення) показників у м. Києві та Україні в цілому.

Прокоментуємо зміни. Зменшення рівня захворюваності в перший період було більш ніж у 5,5 рази повільнішим порівняно зі столицею (на 3,2% проти 17,5%), меншим за темпом було й зростання в другий період (на 1,7% проти 7,0%). При цьому вказаний приріст був незначним і відбувався серед чоловіків старше працездатного віку (лише на 0,5% проти 4,9% в

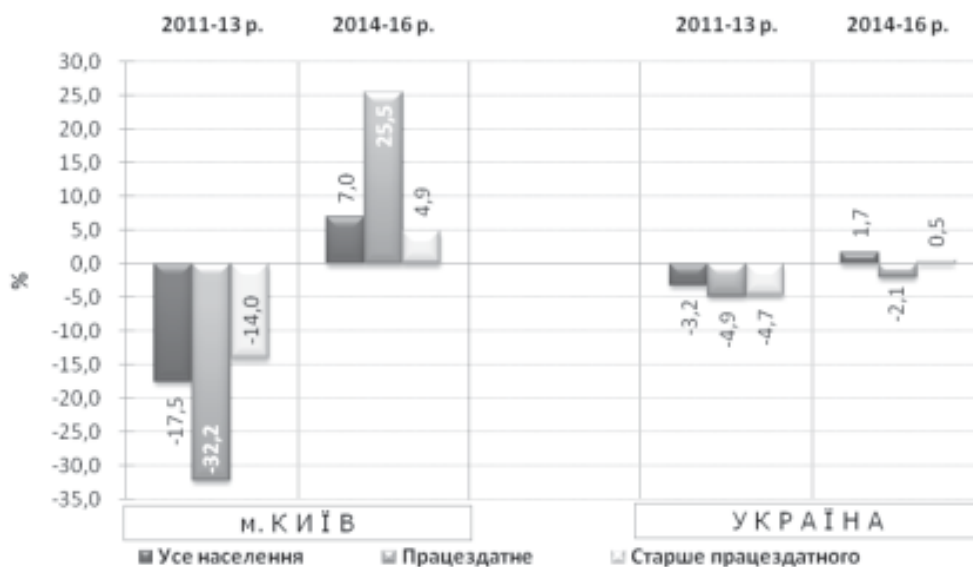
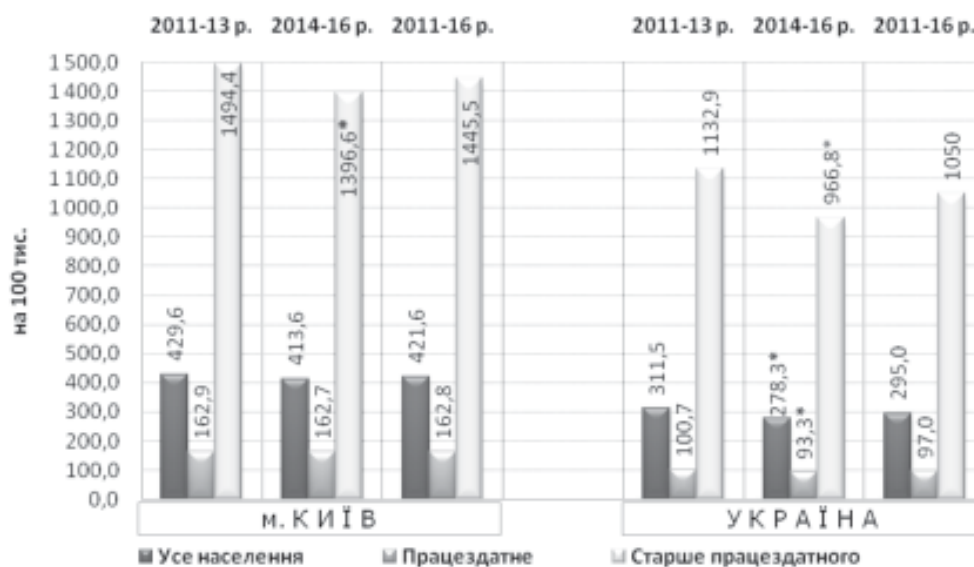


Рис. 3. Характер динаміки показників захворюваності на ДГПЗ серед різних вікових груп чоловічого населення м. Києва та України в цілому за періодами вивчення (темп приросту/зниження; %)

столиці). Водночас, захворюваність у працездатному віці зменшувалась впродовж обох періодів, проте удвічі повільніше в 2014–2016 роки (на 2,1% проти 4,9% в 2011–2013 рр.). В Україні у 2016 р. вперше діагностовано ДГПЗ у 44 479 чоловіків. У розрахунку на 100 тис. населення показники у 2016 р. становили по Україні та м. Києву – 281,5 та 432,1; серед працездатних – 92,3 та 185,3; непрацездатних – 973,2 та 1369,9 відповідно. Підкреслимо, що впродовж усіх років серед різних вікових груп рівень захворюваності в столиці перевищував такий в цілому по Україні. Що стосується усереднених величин, то за останні три роки вони були меншими порівняно з попередніми трьома роками. При цьому по країні різниця між ними достовірна в кожній віковій категорії, тоді як в столиці лише серед осіб старше працездатного віку при стабільності їх в працездатному (рис. 4).

На питання причини такого положення можна відповісти наступним чином. У столиці достовірно зменшення захворюваності лише серед непрацездатних можна пояснити їх соціально-економічним становищем, яке погіршується з роками і обмежує, певним чином, своєчасне звернення до уролога. Серед причин достовірного зниження усереднених рівнів захворюваності в останні три роки в цілому по країні, крім вище зазначеного факта, має значення порушення її території – анексія Криму та відсутність статистичних даних з окремих непідконтрольованих районів Донецької та Луганської областей.

За наведеною вище динамікою конкретних цифр простежуються складні неоднозначні процеси. За три роки першого періоду в столиці на тлі зростання чисельності дорослого чоловічого населення (на 0,97%) спостерігалось зменшення рівнів поширеності та захворюваності на ДГПЗ серед усіх вікових груп, проте темп останньої випереджав і найбільшим він був серед чоловіків працездатного віку. За таких умов можна припустити, що хворі, в силу різних причин, не звертались до лікарів. Серед них суттєвою вважаємо відсутність достатньої обізнаності, має значення матеріальне становище в складній соціально-економічній ситуації. Слід враховувати міграційні процеси. При цьому уваги потребують показники смертності від патології, які за ці роки зросли на 60,0% до 1,004 на 100 тис. Водночас, у цілому по Україні, за винятком працездатної частини чоловічого населення, зміни з їх характером та спрямованістю були подібні, проте менш виражені. А незначний приріст (на 1,8%) показників поширеності серед осіб працездатного віку свідчить про омолодження контингенту, підвищену відповідальність за стан власного здоров'я та більшу доступність для них медичної допомоги. Зростання захворюваності переважно за рахунок чоловіків зазначеного вище віку в наступні три роки (2014–2016 рр.) на тлі уповільненого зменшення показників поширеності є характерною ознакою для столиці. У даному випадку ситуацію розцінюємо як наслідок збільшення кількості чоловічого населення (на 0,30%), зменшення смертності серед нього, у тому числі від ДГПЗ (на 37,7%).



Примітка: * – різниця достовірна між величинами за періодами; $p < 0,5$.

Рис. 4. Усереднені значення показників захворюваності на ДГПЗ у м. Києві та в цілому по Україні за періодами вивчення з урахуванням віку чоловіків

Як один із аргументів змін показників при їх аналізі приводилось значення таких факторів як якість, доступність медичної допомоги. У контексті чого представимо дані по диспансерному спостереженню за хворими на ДГПЗ.

На тлі високих показників поширеності, при зростанні рівнів захворюваності на ДГПЗ за 2014–2016 рр., в столиці охоплення диспансерним спостереженням не перевищував 50% ($47,8 \pm 1,6\%$) і був достовірно менший, ніж за 2011–2013 рр. ($52,7 \pm 0,6\%$); він вірогідно зменшується серед непрацездатних ($47,3 \pm 1,1\%$ проти $52,0 \pm 0,8\%$ відповідно) при незначному (на 2,2%) збільшенні серед чоловіків працездатного віку (рис. 5). Не перевищує 53% охоплення активним динамічним спостереженням хворих і в цілому по Україні. Проте, варто зазначити як позитивний факт, на незначну тенденцію до

збільшення відсотка диспансеризованих працездатного віку (з $48,6 \pm 6,3\%$ до $49,7 \pm 1,2\%$ у столиці та з $40,9 \pm 3,3\%$ до $45,1 \pm 0,5\%$ в Україні).

Зростання захворюваності на ДГПЗ в столиці спричинило збільшення операцій; їх у середньому за 2014–2016 рр. виконано $925 \pm 44,4$ проти $752 \pm 23,6$ за 2011–2013 роки, частка їх серед всього прооперованих по країні зростала (з 4,0% у 2011 р. до 6,1% у 2016 р.). В Україні число їх зменшилось: $15\,791 \pm 362,0$ та $18\,576 \pm 119,0$ відповідно.

Наведена інформація за абсолютними величинами повністю співпадає із відносними, розрахованими на 10 тис. населення (рис. 6).

За 6 років рівень оперативної активності в столиці зріс на 29,6% до 9,2 на 10 тис. і практично наблизився до показника в цілому по Україні (10,1). Частка прооперованих серед за-

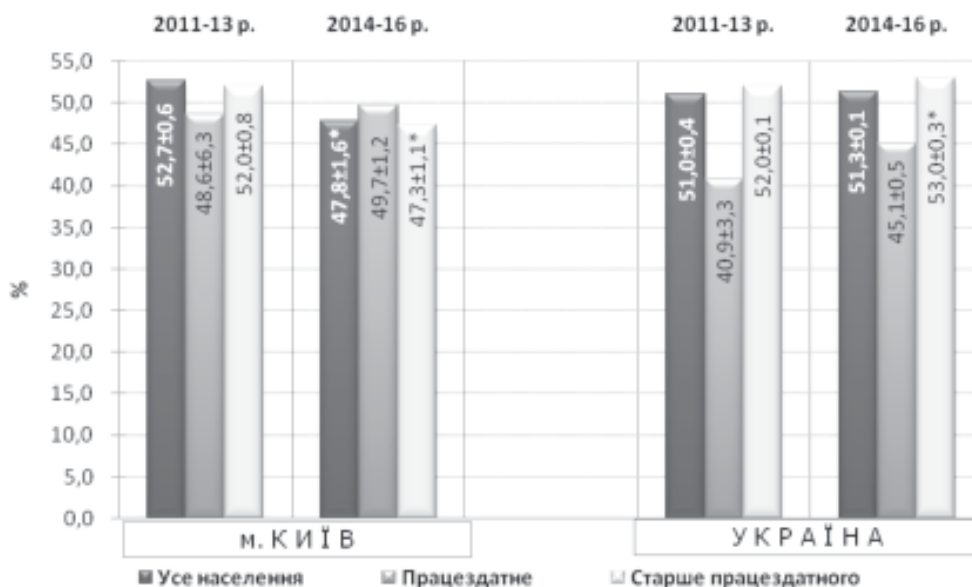


Рис. 5. Усереднені відсотки охоплення диспансерним спостереженням хворих на ДГПЗ у м. Києві та в цілому по Україні за періодами вивчення

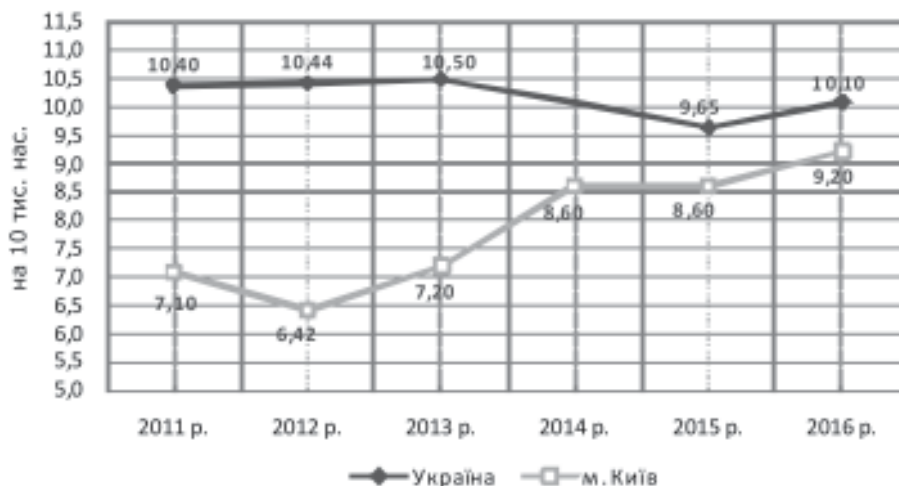


Рис. 6. Динаміка кількості операцій (на 10 тис. населення)

гальної кількості хворих на ПЗ, які перебували на стаціонарному лікуванні, простежується за даними рис. 7.

Як видно, при несуттєвій різниці показників у м. Києві та Україні у 2011 році відсоток прооперованих у столиці зростає в 1,5 рази до 64,8% у 2014 році і залишається практично таким у наступні роки. Разом з тим, в Україні збільшення показника не перевищувало 5%. Отримані дані представляють інтерес з декількох точок зору. По-перше, зростання кількості операцій мотивує необхідність вивчення результатів з тим, щоб забезпечити якість надання хірургічної допомоги, передбачивши вибір адекватного методу із врахуванням загального стану хворого та вихідних показників, за якими оцінюється характер клінічного перебігу захворювання. Крім того, має значення той факт, що в цілому по Україні практично половина госпіталізованих не отримує хірургічного лікування, в столиці – третя частина. Тобто,

апріорі, можна припустити, що хворі отримують консервативну терапію. Разом із низьким відсотком диспансеризованих створюється несприятлива ситуація. Вона може проявлятися з тривалим, часом безконтрольним прийомом препаратів (α -адреноблокаторів у тому числі), коли на тлі зменшення відповідної симптоматики, хворі несвоєчасно звертаються до лікарів для визначення оптимального строку хірургічного лікування, виникає загроза гострої затримки сечі та ускладнень у післяопераційному періоді. Відомо, що одним із критеріїв оцінки медичної допомоги є тривалість госпіталізації, з якою опосередковано пов'язують ступінь тяжкості захворювання, наявність ускладнень його перебігу, тощо. Тому окремо зазначимо, що водночас із збільшенням кількості операцій достовірно став більшим термін госпіталізації в м. Києві і меншим по Україні: з $6,8 \pm 0,3$ до $8,45 \pm 0,6$ та з $10,5 \pm 0,1$ до $9,6 \pm 0,4$ днів відповідно (рис. 8). При цьому показники післяопераційної леталь-

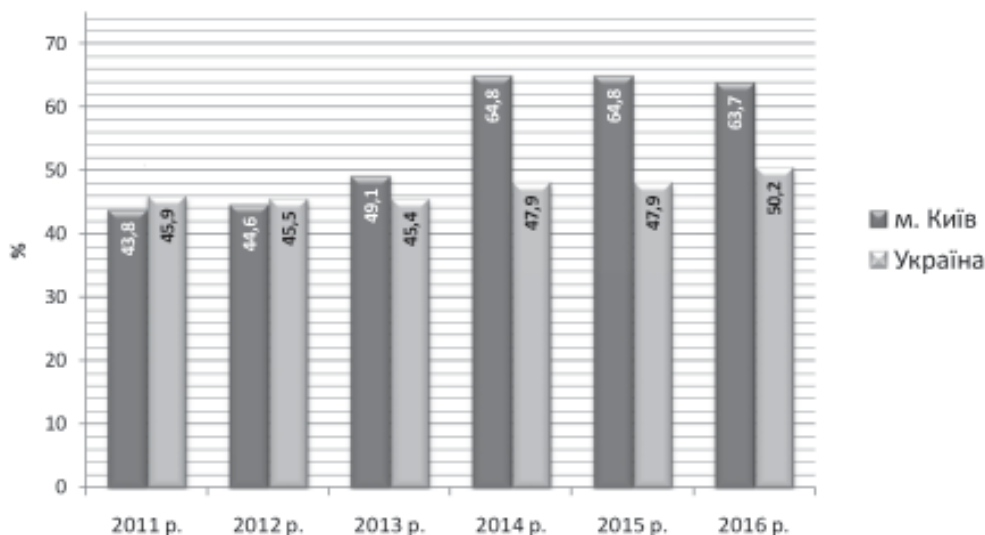


Рис. 7. Відсоток прооперованих серед госпіталізованих хворих на ДГПЗ

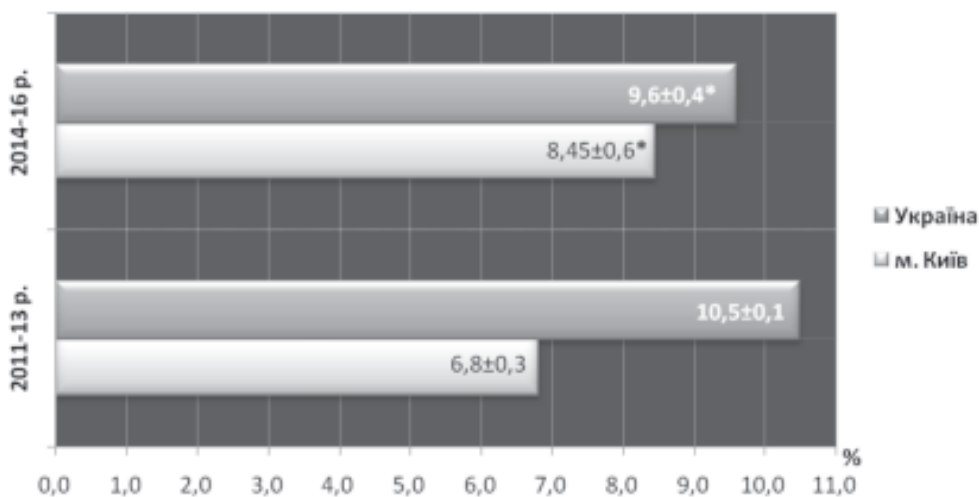


Рис. 8. Середня тривалість перебування на стаціонарному лікуванні хворих на ДГПЗ в м. Києві та в цілому по Україні за періодами вивчення

ності, незважаючи на їх коливання за роками, в середньому були практично однаковими в м. Києві та по країні і, незалежно від періодів, перебували в межах 0,42–0,5%. У середньому їх величини становили $0,56 \pm 0,1$ та $0,68 \pm 0,2$ відповідно; $p > 0,05$.

Таким чином, наведені дані мають суттєве значення для клінічної урології. Передусім, виявлені відмінності поширеності, захворюваності на ДГПЗ чоловіків мегаполісу в порівняльному аспекті із даними по Україні підкреслюють значення володінням інформацією з урахуванням територіальних особливостей. Інформація в динаміці завжди актуальна для удосконалення якості, доступності медичної допомоги.

Висновки

1. Динаміка поширеності ДГПЗ серед чоловічого населення України та столиці має відмінності за періодами вивчення: для країни характерним є зростання показників серед працездатного віку з більшим темпом в останні три роки (2014–2016 рр. на 2,4% проти 1,8% у 2011–2013 рр.) та із повільнішим зменшенням серед осіб пенсійного віку на 2,4% проти 4,7% відповідно), тоді як для м. Києва – їх зменшення спостерігається впродовж обох періодів, проте з удвічі меншим темпом у другому (6,6% та 6,3% серед працездатних і непрацездатних проти 11,1% та 12,7% відповідно за 2011–2013 рр.); у результаті у 2016 році показники становили: по Україні – 1081,6 серед чоловіків 18 років і старші, 273,3 серед працездатного віку та 4050,0 серед непрацездатного віку; в м. Києві – 2862,5; 675,8 та 11 274,3 відповідно на 100 тис.

2. Виявлено, що в Україні та м. Києві в перший період (2011–2013 рр.) спостерігалось зниження рівня захворюваності на ДГПЗ серед

чоловіків працездатного і непрацездатного віку, що було інтенсивнішим у столиці і яке в другому періоді (2013–2016 рр.) змінилось суттєвим приростом (на 7,0%), особливо серед осіб працездатного віку (на 25,5% проти 4,9% пенсійного), тоді як у цілому по країні воно було незначним (на 1,7%) і лише серед непрацездатного віку (на 0,5%); у результаті у 2016 році показники становили: в Україні – 281,5 серед чоловіків 18 років і старше 92,3 – працездатного віку і 973,2 – непрацездатного, в м. Києві – 432,1; 185,3 та 1369,9 відповідно на 100 тис.

3. Виявлено низький відсоток охоплення диспансерним спостереженням хворих на ДГПЗ як у м. Києві, так і в цілому по Україні, величина його коливалась від 40 до 53%, особливість полягала в тому, що в столиці за 2014–2016 рр. усереднене значення показника було вірогідно меншим за рахунок осіб старше працездатного віку на тлі незначного збільшення серед працездатного (на 2,2%), тоді як в Україні, навпаки, збільшення достовірне серед непрацездатних і інтенсивнішим, ніж у м. Києві, серед працездатних (на 10,3%).

4. Кількість операцій в столиці за другий період виконано достовірно більше ($925 \pm 44,4$ проти $725 \pm 23,6$), тоді як у цілому по країні їх стало менше ($15\,791 \pm 362,0$ проти $18\,576 \pm 119,0$ у 2016 р.; $p < 0,05$), водночас, у м. Києві достатньо зріс, а в Україні зменшився середній ліжко-день (з $6,8 \pm 0,3$ до $8,45 \pm 0,6$), з $10,5 \pm 0,1$ до $9,6 \pm 0,4$ відповідно ($p < 0,05$), показники післяопераційної летальності, незважаючи на їх коливання за роками, в середньому були практично однаковими в м. Києві та по країні і незалежно від періодів перебували в межах 0,42–0,5%.

Список літератури

1. Антонян ИМ, Роцин ЮВ, Зеленский АИ, Мошель ФГ и др. Новые возможности диагностики и мониторинга состояния пациентов с заболеваниями предстательной железы. Урология. 2016;3(78):74–83.

2. Винаров АЗ, Спивак ЛГ, Миронов АВ. Комбинированная терапия гиперплазии предстательной железы в свете клинических рекомендаций. Урология. 2017;4:120–128.

3. Возіанов СО, Сайдакова НО, Старцева ЛМ. Ресурси та основні показники діяльності урологічної служби в Україні за 50 років. Урология. 2015;2(73):9–19.

4. Дідик В. Рак передміхурової залози як світова проблема. Поширеність, фактори ризику, своєчасність діагностики (огляд літератури). Український медичний часопис. 2016;3(113):62–64.

5. Кузнецов ВВ. Профілактика післяопераційних інфекційно-запальних ускладнень у хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози : автореф. дис. к. мед. наук : 14.01.06 – урологія. – Київ, ДУ У НАМНУ, 2014:18.

6. Пасечніков СП, Возіанов СО. Доброякісна гіперплазія передміхурової залози (епідеміологія, удосконалення системи медичної допомоги). Урология. 2000;4:27–33.

7. Пушкар ДЮ, Берников АН, Ходырева ЛА, Дударева АА, Аль-Шукри СХ и др. Качество жизни пациентов с симптомами нижних мочевыводящих путей после перенесенной ТУРП по поводу ДГПЖ. Урология. 2018;1:53–61.

8. Сайдакова НО. Основні показники урологічної допомоги в Україні за 2015–2016 роки: відомче видання / уклад. НО Сайдакова, ЛМ Старцева, ГЄ Кононова, НГ Кравчук; МОЗ України; ДУ «Інститут урології НАМН України»; ДЗ Центр медичної статистики МОЗ України. – Київ: Поліум, 2017:190.

9. Oelke M. et al. Guidelines on the management of male lower urinary tract symptoms (LUTS), incl. benign prostatic obstruction (BPO), 2012.

10. Bushman W. Etiology, epidemiology, and natural history of benign prostatic hyperplasia. Urol Clin North Am. 2009;36(4):403–415.

11. Tang Y, Li J, Bai Y, Yuan H, Wei Q, Han P. Bipolar transurethral resection versus monopolar transurethral resection for benign prostatic hypertrophy: a systemic review and meta-analysis. J Endourol. 2014;28(9):1107–114.

Реферат

Э П И Д Е М И О Л О Г И Я ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В УКРАИНЕ

Н.О. Сайдакова, В.П. Стусь,
С.П. Дмитришин,
Абдулфатах Ахмед Моаллим, В.Н. Шило,
Я.М. Мельничук, Г.Е. Кононова

В работе приводятся результаты сравнительного анализа данных официальной статистики по заболеваемости, распространенности доброкачественной гиперплазии предстательной железы среди разных возрастных групп мужчин столицы и Украины в целом, а также основные показатели медицинской помощи им за 2011–2016 годы с выделением двух трехгодичных периодов. Выявленные отличия подтверждают значимость информации с учетом территориальных особенностей и ее актуальность для усовершенствования качества, доступности медицинской помощи.

Ключевые слова: доброкачественная гиперплазия предстательной железы, заболеваемость, распространенность, диспансеризация, операции.

Адреса для листування

Н.О. Сайдакова
E-mail: ju.patent@gmail.com

Summary

EPIDEMIOLOGY OF BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA IN UKRAINE

N.O. Saidakova, V.P. Stus,
S.P. Dmytryschyn,
Abdulfatah Ahmed Moallim, V.N. Shylo,
Y.M. Melnichuk, G.E. Kononova

The work presents the results of the comparative analysis of findings of the official statistics on morbidity, prevalence of benign hyperplasia of prostatic gland among various aged groups in the Capital and Ukraine as a whole, and the basic indices of medical care to them during 2011 – 2016 with division into two three-year periods. The detected difference confirms the significance of information taking into account the territorial specificities and its actuality to perfect the quality and accessibility of medical aid.

Key words: benign prostatic hyperplasia, morbidity, prevalence, prophylactic medical examination, surgery.