

Д.Х. Калимуллина, К.И. Нигматуллина, В.Н. Ручкин
**ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ, РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ВЫЖИВАЕМОСТЬ
 ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЛИМФОЛЕЙКОЗЕ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН
 ЗА 2001-2005 ГОДЫ**

*ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава», г. Уфа
 ГУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер», г. Уфа*

Хронический лимфолейкоз (ХЛЛ) – одно из распространенных опухолевых заболеваний кроветворной системы. В работе применялись ретроспективные исследования по изучению заболеваемости, распространенности и выживаемости больных хроническим лимфолейкозом за 2000-2005 годы. Средний показатель заболеваемости за изучаемые годы в Республике Башкортостан составил $2,56 \pm 0,29$ на 100 000 населения. Уровень заболеваемости среди мужчин был статистически значимо выше ($3,08 \pm 0,33$), чем среди женщин ($2,14 \pm 0,26$; $p < 0,05$). Распространенность ХЛЛ в Республике Башкортостан возросла в 2,7 раза – с 3,06 в 2001 году до 8,22 в 2005 году; среднее значение $5,24 \pm 0,94$ на 100 000 взрослого населения. Анализ выживаемости за 2001-2005 годы показал, что медиана выживаемости больных ХЛЛ составила 34 месяца, однако 25% больных проживали лишь 6 месяцев. Показатели выживаемости женщин оказались статистически значимо лучше, чем мужчин (p по Cox-Mantel = 0,037).

Ключевые слова: хронический лимфолейкоз (ХЛЛ), онкологические заболевания, показатель, распространенность, заболеваемость.

D.Kh. Kalimullina, K.I. Nigmatullina, V.N. Ruchkin
**CHRONIC LYMPHOLEUCOSIS MORBIDITY, PREVALENCE AND SURVIVAL
 IN THE REPUBLIC OF BASHKORTOSTAN BETWEEN 2001 AND 2005**

Chronic lympholeucosis is one of the most widely spread diseases of blood-forming system. Retrospective investigations have been carried out of morbidity, prevalence and survival of chronic lympholeucosis patients between 2001 and 2005 have been carried out. Mean morbidity index was $2,56 \pm 0,29$ per 100 000 of the population. Morbidity level in male was statistically higher ($3,08 \pm 0,33$), than in female ($2,14 \pm 0,26$; $p < 0,05$). Chronic lympholeucosis prevalence in the Republic of Bashkortostan increased in 2.7 times-from 3.06 in 2001 to 8.22 in 2005, mean value $5,24 \pm 0,94$ per 100 000 of the adult population. Survival analysis in 2001-2005 has showed that median survival time of chronic lympholeucosis patients was 34 months, but 25% of patients were alive only 6 months. Survival index in females was statistically better, than in males (p no Cox-Mantel = 0,037).

Key words: chronic lymphocytic leukemia (CLL), oncological diseases, index, prevalence, morbidity.

Хронический лимфолейкоз (ХЛЛ) – одно из распространенных опухолевых заболеваний кроветворной системы. А. Redaelli et al. (2005) указывают, что ХЛЛ составляет 22-30% всех гемобластозов и встречается с частотой 1-5,5 на 100 тысяч населения. Показатели заболеваемости ХЛЛ заметно отличаются по регионам мира. Эта нозология крайне редко встречается в Японии, Китае, у представителей тюркских народностей [1]. Лидируют Австралия, США, Ирландия и Италия [4]. В Пакистане ХЛЛ составляет 13,91% среди всех гемобластозов [3]. В связи с противоречивостью литературных данных представляет большой интерес изучение эпидемиологических показателей ХЛЛ в Республике Башкортостан.

В работе применялись ретроспективные исследования по изучению заболеваемости, распространенности и выживаемости больных ХЛЛ за 2000-2005 годы. Обследуемая популяция – городское и сельское население Республики Башкортостан в возрасте от 15 до 90 лет. В разработке учтены следующие нозологические формы по МКБ-10: С91.1 (хронический лимфолейкоз), С91.2 (подострый лимфоцитарный лейкоз). Сбор данных осуществлялся с помощью следующих медицинских документов: журнал учета приема больных и

отказа от госпитализации (форма 001/у); медицинская карта стационарного больного (история болезни форма 003/у); медицинская карта амбулаторного больного (форма 025/у); журнал регистрации амбулаторных больных (форма 074/у); протоколы патологоанатомических вскрытий (форма 013/у); извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного образования (форма 090/у); выписка из медицинской карты стационарного больного злокачественным новообразованием (форма 027.1/у); протокол на случай выявления у больного запущенной формы злокачественного новообразования (клиническая группа 4) (форма 030-6/у).

Расчет показателя заболеваемости (смертности) проводили по формуле:

$$Y = n * 105 / N * T, \text{ где}$$

n – число впервые в жизни зарегистрированных случаев заболевания (зарегистрированных случаев смерти больных с ХЛЛ);
 N – средняя численность популяции за время наблюдения;
 T – время наблюдения (в годах).

При расчете показателя распространенности учитывались все случаи заболевания, зарегистрированные в данном году независимо от времени их возникновения и первичного диагностирования. Показатели заболеваемости, смертности и распространенности рассчитывали на 100000 взрослого населения в

год. С целью оценки достоверности динамики показателей заболеваемости и распространенности проводился регрессионный анализ с определением коэффициента регрессии. Анализ продолжительности жизни больных проводили с построением кривых вероятности выживания по методу Kaplan-Meier с помощью статистической программы Statistica 6,0. Рассчитывали общую выживаемость (overall survival) и медиану времени выживания. Сведения о количественном составе населения получены в Государственном комитете Республики Башкортостан по статистике.

При изучении заболеваемости ХЛЛ в Республике Башкортостан за 2001-2005 годы обнаружена тенденция к росту показателя с 1,98 в 2001 году до 3,1 в 2005 году. Средний показатель заболеваемости за изучаемые годы в Республике Башкортостан составил $2,56 \pm 0,29$ на 100 000 населения. По данным Царевой Е.Г. (1999), заболеваемость хроническим лимфолейкозом за 1995-1999 годы составила $1,89 \pm 0,02$. В результате, выявлен статистически значимый рост показателя за 2001 – 2005 годы по сравнению с 1995-1999 годами ($p < 0,05$). Регрессионный анализ подтвердил рост заболеваемости (коэффициент корреляции $r = 0,78$; $p < 0,05$). Таким образом, можно прогнозировать дальнейший рост заболеваемости ХЛЛ в Республике Башкортостан (рис. 1).

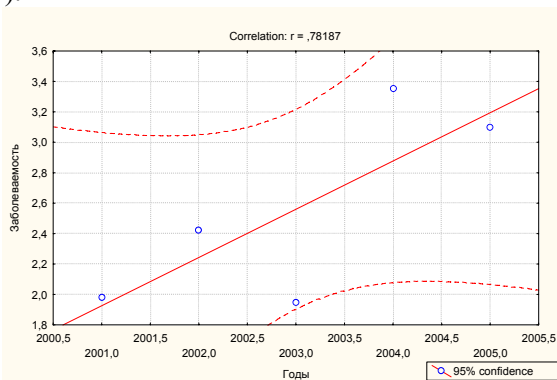


Рис. 1. Регрессионный анализ заболеваемости хроническим лимфолейкозом в Республике Башкортостан за 1995-1999 и 2001-2005 годы

При анализе заболеваемости по половой принадлежности установлено, что уровень заболеваемости среди мужчин был статистически значимо выше ($3,08 \pm 0,33$), чем среди женщин ($2,14 \pm 0,26$; $p < 0,05$) (рис. 2). При сравнении заболеваемости городских и сельских жителей оказалось, что заболеваемость горожан статистически значимо больше, чем сельских жителей (соответственно $2,87 \pm 0,36$ и $2,05 \pm 0,19$; $p < 0,05$).

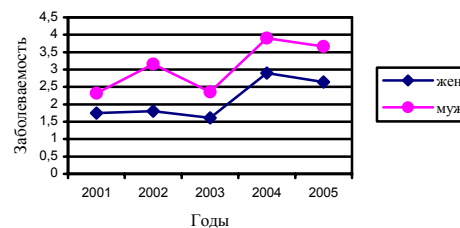


Рис. 2. Динамика заболеваемости хроническим лимфолейкозом мужчин и женщин на 100 тыс. лиц соответствующего пола по Республике Башкортостан за 2001-2005 годы

Одним из важнейших показателей, используемых в медицинской статистике, является показатель распространенности. Распространенность ХЛЛ в Республике Башкортостан возросла в 2,7 раза – с 3,06 в 2001 году до 8,22 в 2005 году; среднее значение $5,24 \pm 0,94$ на 100 000 взрослого населения.

Регрессионный анализ (рис. 3) подтвердил статистически значимый рост показателя распространенности ХЛЛ в Республике Башкортостан за 2001-2005 годы (коэффициент корреляции $r = 0,98$; $p = 0,004$).

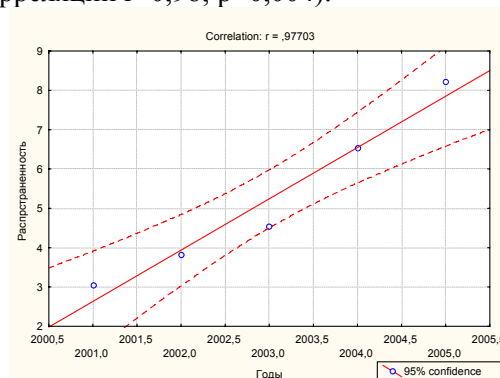


Рис. 3. Регрессионный анализ распространенности хронического лимфолейкоза в Республике Башкортостан за 2001-2005 годы

Рост распространенности связан как с ростом заболеваемости, так и увеличением продолжительности жизни этого контингента больных: среднее значение распространенности ($5,24 \pm 0,94$) практически в 1,5 раза (статистически значимо) превышает показатель заболеваемости ($2,56 \pm 0,29$; $p < 0,05$). Распространенность заболевания среди мужчин больше ($5,95 \pm 1,05$), чем среди женщин ($4,65 \pm 0,86$), но различия статистически незначимы.

Анализ выживаемости за 2001-2005 годы показал, что медиана выживаемости больных ХЛЛ составила 34 месяца, однако 25% больных проживали лишь 6 месяцев. График суммарной выживаемости представлен на рис. 4.

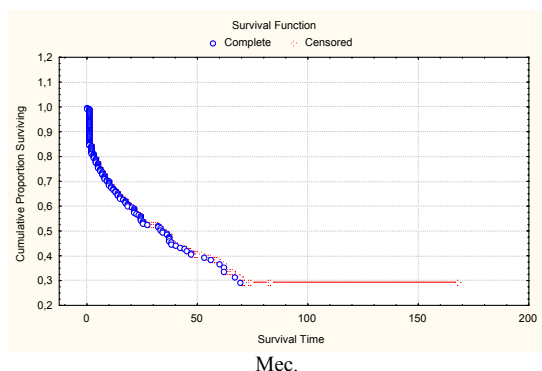


Рис. 4. График выживаемости больных хроническим лимфолейкозом за 2001-2005 годы

Учитывая различные уровни заболеваемости мужчин и женщин, представляло значительный интерес сравнить их показатели выживаемости. График выживаемости представлен на рис. 5.

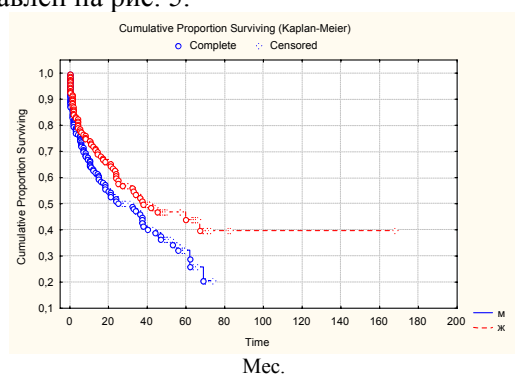


Рис. 5. Сравнительный график выживаемости мужчин и женщин с хроническим лимфолейкозом

Анализ графика показывает, что в течение первого года жизни после установления диагноза выживаемость в зависимости от пола пациента практически не отличается. Однако медиана уже значительно отличается: 50% мужчин проживает 25 месяцев, а 50% женщин - 40 месяцев. Таким образом, показатели выживаемости женщин оказались статистически значительно лучше, чем мужчин (p по Coх-Mantel = 0,037).

Закключение

Заболеваемость ХЛЛ в Республике Башкортостан за 2001-2005 годы составляет $2,56 \pm 0,29$ на 100 000 населения. Заболеваемость жителей городов статистически значимо выше, чем жителей села. Заболеваемость мужчин статистически значимо превышает показатель женщин. Распространенность заболевания за 2001-2005 годы составляет $5,24 \pm 0,94$ на 100 000 взрослого населения. Имеется четкая тенденция роста, как показателя заболеваемости, так и распространенности. Медиана выживаемости больных ХЛЛ за 2001-2005 годы составляет 34 месяца. Выживаемость мужчин статистически значимо ниже, чем женщин. Все вышесказанное необходимо учитывать при организации помощи этому контингенту больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Руководство по гематологии: в 2 т. / под ред. А.И. Воробьева. – М., 2002. – Т. 2. – 277 с.
2. Царева Е.Г. Гемобласты в Республике Башкортостан: Автореф. дис.... канд. мед. наук. – Уфа, 1999. – 24 с.
3. An experience with sixty cases of haematological malignancies; a clinico haematological correlation / M. Idris, S.H. Shah, J. Fareed, N. Gul // J. Ayub. Med. Coll. Abbottabad. – 2004. – Vol. 16, № 4. – С. 51-54.
4. The clinical and epidemiological burden of chronic lymphocytic leukaemia / A. Redaelli, B.L. Laskin, J.M. Stephens // Eur. J. Cancer Care (Engl). – 2004. – Vol. 13, № 3. – С. 279-287.