

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И СМЕРТНОСТЬ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ**

А.Т. Токтомушев, М.Ж. Сулайманов, Б.М. Ибраев

НЦО МЗ КР, отделение онкоурологии,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В данной статье обсуждается состояние заболеваемости и смертности больных раком предстательной железы в Кыргызской Республике. Выявлено, что при низкой заболеваемости РПЖ, отмечается высокая смертность больных РПЖ. Более 2/3 первично выявленных больных раком предстательной железы зарегистрированы в III-IV стадии опухолевого процесса. Появление в стране простат-специфического антигена (ПСА) привело к повышению выявляемости больных с I-II стадией заболевания. В Кыргызстане имеются все предпосылки и возможности для проведения скрининга рака предстательной железы. Применение скрининга в Кыргызстане создаст условия для активного выявления больных раком предстательной железы, что приведет к росту числа пациентов с начальными стадиями заболевания.

Таким образом, для улучшения результатов лечения РПЖ необходимо выявление пациентов с ранними стадиями РПЖ. Встает вопрос об активном поиске данной категории больных.

Ключевые слова: Предстательная железа, рак предстательной железы.

**КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДА УРУК БЕЗИНИН РАК ДАРТЫНЫН
ТАРАЛЫШЫ ЖАНА УРУК БЕЗИНИН РАК ДАРТЫНАН БОЛГОН ӨЛҮМ**

А.Т. Токтомушев, М.Ж. Сулайманов, Б.М. Ибраев

КР ССМ УОБ, онкоурология бөлүмү,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Резюме. Бул макалада Кыргыз Республикасында урук безинин рак дартынын таралышы жана урук безинин рак дартынан каза болуу маселеси каралат. УБР ооругандар аз болгонуна карабастан, УБР менен жабыркаган бейтаптардын өлүмү жогору болуп жатканы белгилүү болду. Урук безинин рак дарты аныкталган оорулуулардын 2/3 бөлүгүнөн ашыгы шишик процессинин III-IV баскычында катталат. Өлкөдө урук безинин-өзгөчө антигени (УБӨА) пайда болуп, оорунун I-II баскычы менен жабыркаган адамдарды аныктоо мүмкүнчүлүгү жогорулады. Республикада урук безинин рак дартына скрининг жүргүзүү үчүн бардык шарттар жана мүмкүнчүлүктөр бар. Кыргызстанда скринингди колдонуу урук безинин рак дарты менен ооругандарды активдүү аныктоо үчүн шарт түзөт, бул болсо оорунун баштапкы баскычтарында дарты аныкталган рак менен жабыркаган адамдардын санын көбөйтүүгө алып келет. Демек, УБР дарылоонун натыйжасын жакшыртуу үчүн УБР дартынан жабыркагандарды оорунун алгачкы баскычтарында аныктоо зарыл. Бул категориядагы оорулууларды активдүү издеп, аныктоо маселеси жаралууда.

Негизги сөздөр: Простата беши, простата безинин залалдуу шишиги.

**PREVALENCE AND MORTALITY RATE OF PROSTATE CANCER
IN THE KYRGYZ REPUBLIC**

A.T. Toktomushev, M.Zh. Sulaymanov, B.M. Ibraev

National Center of Oncology of the Ministry of Health KR, department of oncology,
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary. This article discusses the state of morbidity and fatality of patients with prostate carcinoma in the Kyrgyz Republic. It is identified, that there is high level of fatality along with low morbidity of prostate carcinoma. More than 2/3 of initially detected carriers of prostate carcinoma are registered in III-IV stage of neoplastic process. Introduction of prostate-specific antigen (PSA) in the country led to increase of the level of patients with I and II stage of illness. In Kyrgyzstan, there are all pre-conditions and possibilities for carrying out the screening of prostate carcinoma. Application of screening in Kyrgyzstan creates condition for active detection of patients with prostate carcinoma, in this turn it will lead to growth of number of patients with early stages of illness. Thus, in order to improve the results of treatment of prostate carcinoma, it is necessary to detect patients with early stages of prostate carcinoma. Therefore, this poses the question of active search of this category of patients.

Keywords: Prostate, prostate cancer.

Введение

Рак предстательной железы (РПЖ) - злокачественная опухоль, которой с каждым годом уделяется все больше внимания. Это обусловлено тем, что быстрыми темпами увеличивается заболеваемость, особенно у мужчин пожилого возраста.

Ежегодно в мире выявляется до 396 тыс., случаев РПЖ, что в структуре онкологической заболеваемости мужчин составляет 9,2%. В структуре онкологических заболеваний в ряде стран РПЖ выходит на 2-3 место после рака легких и желудка, а в США - на первое место. В связи с увеличением продолжительность жизни имеется общемировая тенденция к старению населения, при этом отмечается и рост заболеваемости. Причины развития РПЖ неизвестны.

Следует отметить, что в мире заболеваемость РПЖ имеет значительные географические и этнические различия.

Наиболее высокие показатели заболеваемости РПЖ самые высокие в таких странах как – США, Канада, Бразилия, Швеция, Австралия. Относительно высокие показатели отмечены в Африке. Низкие показатели регистрируются в странах Восточной Азии – Китай, Япония.

Внедрение в клиническую практику гормональных препаратов нового поколения открыло новую эру в лечении РПЖ, даже в запущенных случаях.

Вместе с тем смертность от РПЖ среди прочих онкологических заболеваний занимает второе место после рака легкого. Частота латентно протекающего рака одинакова во всех странах.

Исследований посвященных изучению для улучшения ранней диагностики больных РПЖ в Кыргызстане нет.

Для диагностики РПЖ в первую очередь принято проводить три необходимых исследования:

1. Определение уровня простат специфического антигена (ПСА).
2. Пальцевое исследование предстательной железы.
3. УЗИ предстательной железы, при необходимости – одновременно с биопсией.

ПСА имеет большое значение не только для диагностики, но и лечения, прогноза больных РПЖ. В 1987 г. Stamey предложил использовать ПСА как опухолевый маркер РПЖ, так как данный маркер коррелирует с объемом опухолевого узла или местной распространённостью процесса и может быть использован для ранней диагностики рака простаты [1].

В скрининговых программах для всех возрастных групп традиционно используют пороговый уровень ПСА – 4нг/мл [2].

Увеличение уровня ПСА до 20нг/мл и выше является высоко специфичным для РПЖ даже при нормальных результатах пальцевого ректального исследования.

С появлением в клинической практике ПСА открылась новая эра в диагностике и лечении РПЖ. В 1991 г. Catalona W.J. предложил использовать ПСА как тест для скрининга РПЖ с верхней границы нормы 4,0 нг/мл [1].

Пальцевое исследование предстательной железы. Самый простой и безопасный метод диагностики РПЖ. Однако результаты исследования во многом зависят от размера опухоли и ее локализации. Результаты пальцевого ректального исследования во многом являются субъективным и зависит от квалификации врача. В связи с этим, диагностическая ценность данного исследования сильно различаются в разных медицинских учреждениях [1].

УЗИ предстательной железы. УЗИ нашло широкое применение в диагностике многих заболеваний предстательной железы, в том числе и РПЖ. С наибольшей достоверностью определить опухолевое поражение предстательной железы возможно при массивном опухолевом поражении (Т3-4). В начальных стадиях (Т1-2) при УЗИ выявить прямые и косвенные признаки опухоли довольно трудно [1].

Скрининг (от англ. screening – отбор, сортировка) – стратегия в организации здравоохранения, направленная на выявление заболеваний у клинически бессимптомных лиц в популяции.

Цель скрининга - возможно раннее выявление заболеваний, что позволяет обеспечить раннее начало лечения в расчёте на облегчение состояния пациентов и снижение смертности. Несмотря на то, что скрининг способствует ранней диагностике, не все скрининговые методы демонстрируют однозначную пользу. Среди нежелательных эффектов скрининга – возможность гипердиагностики или ошибочной диагностики, создание ложного чувства уверенности в отсутствии болезни. По этим причинам скрининговые исследования должны обладать достаточной чувствительностью и допустимым уровнем специфичности.

Различают массовый (универсальный) скрининг, к которому привлекаются все лица из определённой категории (например, все дети одного возраста) и выборочный (селективный) скрининг, применяемый в группах риска (например,

скрининг членов семьи в случае выявления наследственного заболевания).

В государствах постсоветского пространства для обозначения скрининга использовался термин диспансеризация. С 2013 года диспансеризация всего населения Российской Федерации войдет в систему обязательного медицинского страхования.

Различные скрининговые исследования применяются для возможно ранней диагностики злокачественных новообразований. В числе достаточно достоверных скрининговых тестов онкологической направленности считаются: Папаниколау – для выявления потенциально предраковых изменений и профилактики рака шейки матки; маммография – для выявления случаев рака молочной железы; колоноскопия – для исключения колоректального рака; определение уровня ПСА – для выявления рака предстательной железы у мужчин.

Медицинское оборудование для скрининга зачастую отличается от оборудования, применяемого в клинической диагностике. Целью скрининга является лишь обнаружение/исключение заболеваний у клинически бессимптомных лиц, в отличие от обследования заведомо больных, направленного на оценку характера и выраженности патологического процесса. В связи с этим, оборудование для скрининга может быть менее точным, чем диагностическое.

Скрининг имеет преимущества, позволяя выявлять заболевания в их ранних, бессимптомных стадиях, на которых лечение более эффективно, но, как и любые другие медицинские исследования, скрининговые методы не являются совершенными. Результаты скрининга могут быть как ложно-положительными, указывая на наличие в действительности отсутствующей болезни, так и ложно-отрицательными, не обнаруживая существующую болезнь; решение о необходимости скрининга принимается путём взвешивания этих факторов.

- Скрининг требует затрат на медицинские ресурсы на фоне того, что большинство обследованных лиц оказываются здоровыми;

- Наличие нежелательных эффектов скрининга (тревога, дискомфорт, воздействие ионизирующего излучения или химических агентов);

- Стресс и тревога, вызванные ложно-положительным результатом скрининга;

- Ненужные дополнительные исследования и лечение лиц с ложно-положительным результатом;

- Психологический дискомфорт, обусловленный более ранним знанием о собственном заболевании, особенно в случае невозможности лечения;

- Ложное чувство безопасности, вызванное ложно-отрицательным результатом, которое может отсрочить постановку диагноза.

Принципы скрининга

Целесообразность введения скрининга населения связана с рядом вопросов, обозначенных выше. Хотя проведение некоторых скрининговых тестов не выгодно, в целом массовые скрининговые обследования обеспечивают повышение уровня здоровья населения. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) в 1968 году разработала руководство по принципам скрининга, до сих пор не утратившее актуальность. Основные положения:

1. Заболевание должно представлять важную медицинскую проблему.

2. Должно существовать лечение заболевания.

3. Возможности диагностики и лечения заболевания должны быть доступны.

4. Заболевание должно иметь скрытый период.

5. Для заболевания должен существовать метод исследования.

6. Метод исследования должен быть приемлем для использования в популяции.

7. Необходимо адекватно понимать естественное течение болезни.

8. Должна существовать согласованная политика в необходимости лечения.

9. Экономические расходы на выявление случаев заболевания должны быть сбалансированы с общим объёмом расходов.

10. Скрининг должен осуществляться непрерывно.

Цель данного исследования - научно обосновать и разработать мероприятия по раннему выявлению больных РПЖ на основе медико-статистических показателей.

Материалы исследования

Материалом для исследования послужили медицинская документация больных раком простаты получивших медицинское лечение в условиях НЦО МЗ КР, НГ МЗ КР или в других медицинских учреждениях Кыргызстана в период с 2000 по 2010 годы.

Нами проведена выборка медицинской документации из архивного материала всех пациентов раком предстательной железы, получивших

специальное и симптоматическое лечение в условиях НЦО МЗ КР и НГ МЗ КР в период с 2000 - 2010 годы.

Ежегодно в Кыргызстане регистрируется в среднем около 75 больных раком предстательной железы.

Результаты исследования

Наиболее ярко проблема больных РПЖ показана в приведенных таблицах 1,2.

Как видно, из таблицы 1, при невысокой заболеваемости РПЖ (1,0-2,0 на 100000 населения.), отмечается высокая одногодичная смертность (0,6-1,1%).

Таблица 1

Заболеваемость и смертность больных РПЖ в Кыргызстане за период 1998-2008 гг.

	Заболеваемость		Смертность	
	Абс. число (n=778)	%	Абс. число (n=464)	%
1998	93	1,9	55	1,1
1999	98	2,0	60	1,2
2000	90	1,8	76	1,5
2001	60	1,2	50	1,0
2002	36	0,7	28	0,5
2003	66	1,3	35	0,7
2004	74	1,4	45	0,8
2005	65	1,2	33	0,6
2006	56	1,0	37	0,7
2007	67	1,3	59	1,1
2008	73	1,3	46	0,8

Таким образом, можно констатировать, что в нашей стране наблюдается высокая одногодичная летальность, при низкой заболеваемости.

Таблица 2

Распределение больных РПЖ по стадиям (1998-2008 гг.)

	I-II стадия		III стадия		IV стадия		Всего Абс. ч
	Абс. ч	%	Абс. ч	%	Абс. ч	%	
1998	10	10,7	55	59,2	28	30,1	93
1999	12	12,2	58	59,2	28	28,6	98
2000	19	21,1	39	43,4	32	35,5	90
2001	10	16,6	34	56,8	16	26,6	60
2002	22	30,9	36	50,8	13	18,3	71
2003	16	24,2	38	57,7	12	18,1	66
2004	15	20,2	46	62,3	13	17,5	74
2005	13	20,0	37	57,0	15	23,0	65
2006	17	30,4	23	41,0	16	28,6	56
2007	20	30,3	27	41,0	19	28,7	66
2008	24	32,8	36	49,4	13	17,8	73

Изучение распределении больных РПЖ в период с 1998 по 2008 гг. по стадиям, выявило, что пациенты с I-II стадией процесса составляют лишь 30 %, а III-IV стадией около 70-80%.

Анализ таблицы 2, также выявил, что в динамике имеется значительный прирост пациентов с

начальными стадиями РПЖ с 2001 года. Так, если с 1998 по 2001 гг., процент больных с I-II стадиями составлял лишь 10-16%, то начиная с 2002 по 2008 гг., этот показатель вырос до 32%, что конечно радует, и придает оптимизма у онкологов.

Таблица 3

Распределение больных РПЖ по стадиям (1991-2000 гг.)

Стадия	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	%
I	-	-	1	1	-	-	-	3	1	-	0,8
II	13	13	14	12	6	6	7	9	1	16	14,9
III	24	31	58	12	32	36	51	63	60	49	59,9
IV	27	16	10	19	24	14	13	17	18	22	24,3
Всего	64	60	83	72	62	56	71	92	94	87	-

Из данных таблицы 3 видно, что в период с 1991 по 2000 гг., количество первично выявленных больных РПЖ было 741, а в период с 1998 по 2008 гг. выявлено 812 пациентов, что на 71 больше в период, когда широко стал применяться в Кыргызстане маркер ПСА (2003 год).

Жизненно важным фактором, влияющим на прогноз заболевания является стадия заболевания.

Оценка показателей в зависимости от стадии РПЖ при первичном выявлении показывает, что в период с 1991 по 2000 гг., больные РПЖ с I-II стадией составили 15,7%, а остальные 84,2% составили с III-IV стадией.

В период с 1998 по 2008 гг., соотношение больных с I-II стадией и III-IV стадией изменилось, так процент больных с I-II стадией увеличился с 10,7 до 32,8%. А доля больных с III-IV стадией снизилась с 89 до 60% (см. табл. 2 и 3).

Анализируя результаты сравнения статистических данных больных РПЖ в период с 1991 по 2000 гг., и с 1998 по 2008 гг., можно констатировать, что при появлении маркера ПСА количество больных за 10 лет и доля первично выявленных больных с начальными стадиями увеличилось, так доля больных с III-IV стадией заметно уменьшилось.

Анализ представленных данных показывает необходимость проведения скрининга рака предстательной железы в Кыргызской Республике.

Рост выявляемости больных РПЖ мы связываем с появлением и особенно доступностью для мужского населения и урологов в нашей стране основного диагностического метода для выявления РПЖ - это ПСА (простатспецифический антиген).

В стране открылись медицинские лаборатории, которые широко охватили практически всю территорию Кыргызстана.

В Кыргызстане имеются все предпосылки и возможности для проведения скрининга РПЖ.

Данные исследования позволила сделать следующие **выводы**:

1. Заболеваемость РПЖ в Кыргызстане относительно низкая, она равна 1,2-2,0 на 100000 населения. При это смертность составляет 0,6-1,1%.

2. Более 2/3 первично выявленных больных РПЖ зарегистрированы в III-IV стадии опухолевого процесса.

3. В Кыргызстане имеются все предпосылки и возможности для проведения скрининга РПЖ. Условия, а также медико-статистические данные соответствуют практически всем положениям ВОЗ, за исключением 8,9 и 10 пунктов.

Практические рекомендации:

Применение скрининга в Кыргызстане создаст условия для активного выявления больных раком предстательной железы, что приведет к росту числа пациентов с начальными и возможно с ранними стадиями заболевания, что в свою очередь уменьшит число с запущенными стадиями заболевания. Это приведет к увеличению продолжительности жизни, повышению качества жизни больных, а также уменьшению смертности от РПЖ. Увеличение доли больных с начальными стадиями РПЖ «уменьшит» затраты на лечение больных РПЖ.

Литература:

1. Матвеев Б.П. Клиническая онкоурология. – М., 2011. – 934 с.; С. 495-760.
 2. Пушкарь Д.Ю. Простат-специфический антиген и биопсия предстательной железы. – М. МЕД-пресс-информ, 2003. – 159 с.