Диспансеризация мужского населения: значение в первичном выявлении рака предстательной железы на уровне регионального здравоохранения

А.Д. Каприн, А.А. Костин, Г.Г. Бояджан

ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов»; Россия, Москва, 117198, ул. Миклухо-Маклая, 6

Контакты: Андрей Александрович Костин andocrey@mail.ru

В статье проанализированы первые итоги реализации государственной программы Кемеровской области «Развитие здравоохранения Кузбасса» за 2014–2017 гг. и программы по диспансеризации определенных групп взрослого населения в Кемеровской области в соответствии с Приказом Минздрава России от 3 декабря 2012 г. № 1006н. Результаты исследования касались выявления рака предстательной железы (РПЖ) по данным диспансеризации мужского населения Кемеровской области. Установлено, что выявление РПЖ в 2014 г. увеличилось практически в 2,5 раза — с 51 до 124 случаев. При этом в период 2011–2012 гг. диагноз РПЖ устанавливали преимущественно по обращаемости населения. Таким образом, можно сделать вывод о том, что на дополнительном этапе диспансеризации необходим дифференцированный подход к обоснованному назначению лабораторного исследования и методов визуализации у мужского населения.

Ключевые слова: диспансеризация, рак предстательной железы, региональное здравоохранение

DOI: 10.17650/2070-9781-2016-17-3-43-46

Clinical examination of the male population: the value in the primary detection of prostate cancer at the level of regional health

A.D. Kaprin, A.A. Kostin, G.G. Boyadzhyan

Peoples' Friendship University of Russia; 6 Miklukho-Maklaya St., Moscow, 117198, Russia

The article analyzes the first results of implementation of the state program “Development of health of Kuzbass”, 2014–2017 and programs for the medical examination of certain groups of the adult population in the Kemerovo region in accordance with the Decree of the Ministry of health of the Russian Federation of 3 December 2012 No. 1006n. The results of the study concerned the detection of prostate cancers according to the clinical examination of the male population of the Kemerovo region. Active detection of prostate cancer in 2014 increased almost 2.5 times, from 51 to 124 cases. In the period 2011–2012, the diagnosis of prostate cancer was established, mainly through self-referral. The authors concluded that the extra stage of clinical examination differentiated approach is necessary for the reasonable purpose of laboratory tests and imaging techniques for the male population.

Key words: prophylactic medical examination, prostate cancer, regional health

Введение

В последние годы рак предстательной железы (РПЖ) стал не только медицинской, но и социально значимой проблемой. Это связано, во-первых, с ростом заболеваемости практически во всем мире, во-вторых, с отсутствием ранних и специфических клинических симптомов РПЖ [1, 2]. Именно для РПЖ характерно длительное бессимптомное течение, которое может исчисляться несколькими годами. По мнению ряда авторов, на долю локализованных форм РПЖ приходится около 31,5 % всех впервые диагностированных случаев. Напротив, местно-распространенные и/или генерализованные формы РПЖ диагностировали у 68,5 % пациентов [3, 4]. По данным литературы, в результате прове-

денных аутопсий установлено, что примерно 1/3 мужчин старше 50 лет и около 2/3 мужчин старше 70 лет имели бессимптомное течение РПЖ [1, 5, 6].

В 2012–2013 гг. РПЖ занимал 2-е место в структуре онкологических заболеваний мужского населения в России. По статистическим данным, на долю РПЖ в стране в 2013 г. приходилось 5,9 % всех злокачественных новообразований. В абсолютных цифрах в 2003 г. в нашей стране был зарегистрирован 13 881 больной с впервые выявленным РПЖ, а в 2013 г. — уже 31 569 подобных пациентов. Стандартизированный показатель заболеваемости РПЖ на 100 тыс. населения за этот же период увеличился с 20,80 до 47,51; прирост составил 145,76 % [7].

Для статистики РПЖ характерен достаточно существенный разброс стандартизированного показателя заболеваемости в зависимости от региона. Например, в Чукотском автономном округе в 2013 г. было впервые выявлено 11 (70,38 на 100 тыс. населения) больных РПЖ, в Республике Тыва — 14 (16,22 на 100 тыс. населения), в Республике Ингушетия — 15 (10,73 на 100 тыс. населения), что, возможно, связано с низкой урбанизацией этих районов. Напротив, в Московском регионе в этом же году РПЖ впервые был зарегистрирован у 3889 (44,81 на 100 тыс. населения) мужчин, в Санкт-Петербурге — у 1107 (31,79 на 100 тыс. населения) [7]. Средний возраст заболевших составил 69,9 года.

Смертность от РПЖ в России в 2003 г. составила 7467 человек, в 2013 г. — 11 111. Относительный показатель смертности (на 100 тыс. населения) от РПЖ за период 2003–2013 гг. увеличился на 52,21 % [7].

Эпидемиологические исследования свидетельствуют о том, что в настоящее время именно РПЖ является одним из наиболее распространенных в мире злокачественных новообразований у мужчин. При этом уровень заболеваемости в отдельных странах существенно различается, одно из первых мест по данному показателю занимают США. Введение скрининговых программ в США и ряде других стран привело к повышению количества выявляемых случаев РПЖ, которые можно лечить радикально. Однако при этом был отмечен достаточно высокий уровень гипердиагностики и гиперлечения, что привело к увеличению финансовых затрат [4, 8, 9].

Таким образом, сохраняется наметившаяся в последние годы тенденция к быстрому темпу роста заболеваемости РПЖ, что позволило ряду авторов спрогнозировать удвоение числа впервые регистрируемых случаев РПЖ уже к 2030 г. [4, 8, 9].

Материалы и методы

Были изучены результаты диспансеризации пациентов урологического профиля в Кемеровской области (КО) на основе базы данных государственной и отраслевой статистики, статистики единого информационного пространства здравоохранения за 2011–2014 гг.

Обоснованием выбора КО служили следующие обстоятельства. Во-первых, КО является индустриально развитым регионом. Промышленное производство представлено горнодобывающими предприятиями (шахты и разрезы), крупным металлургическим производством (черная и цветная металлургия), предприятиями обрабатывающего комплекса и химического производства. Таким образом, население КО подвержено влиянию определенных вредных производственных и экологических факторов, а за последние 20 лет общая заболеваемость населения области увеличилась на 38,6 %, средняя продолжительность жизни в 2012 г.

составила 67 лет, что ниже, чем в России в целом и Сибирском федеральном округе, в частности.

Во-вторых, КО — один из самых густонаселенных регионов Сибири и азиатской части России. Население составляет около 2 млн 725 тыс. человек, большинство проживают в городах, при этом удельный вес городского населения — 85,7 %. Кемерово и Новокузнецк имеют численность населения более 500 тыс. человек.

В-третьих, в КО хорошо развитая и структурированная система здравоохранения. В частности, в 2014 г. первичная медико-санитарная помощь населению области оказывалась в 368 медицинских организациях и консультативно-диагностических центрах, мощность которых составляла 62 578 посещений в смену. В 2014 г. в области функционировали 86 больничных учреждений и 21 диспансер, располагающие 21 441 койкой, при этом обеспеченность койками населения области составляла 78,4 на 10 тыс. населения (в России — 81,5). Средняя занятость койки урологического профиля в 2014 г. — 330 дней, средняя длительность пребывания на койке — 8,6 дня.

Большое внимание в КО уделяют подготовке и переподготовке медицинских кадров. На территории области функционируют Кемеровская государственная медицинская академия и Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей. Подготовку специалистов со средним медицинским образованием осуществляет Кемеровский областной медицинский колледж с 9 филиалами.

В соответствии с программой в исследование были включены пациенты с РПЖ, выявленным в результате диспансеризации на основании данных отраслевой статистики здравоохранения КО с учетом уровня простатического специфического антигена (ПСА) и осмотра врача-уролога.

Для статистической обработки полученных данных с определением статистической значимости различий в частоте появления признака в группах (p) применяли χ^2 -критерий Пирсона и использовали программы Statistica for Windows версия 6.0 и MS Office Excel 2010.

Результаты и обсуждение

По результатам проведенного исследования установлено, что реализация государственной программы КО «Развитие здравоохранения Кузбасса» на 2014–2017 гг. и программы по диспансеризации определенных групп взрослого населения в КО в соответствии с Приказом Минздрава России от 3 декабря 2012 г. № 1006н [10] началась в достаточно сложных условиях.

1. Слабое кадровое обеспечение в системе здравоохранения области с низкой укомплектованностью кадрами при высоком возрастном цензе как врачебного, так и среднего медицинского персонала.

2. Аналогичные кадровые проблемы среди врачей-урологов в амбулаторной и стационарной сети облас-

ти, при этом укомплектованность штата составляет лишь 67,8 %.

3. Сокращение специализированного урологического коечного фонда за 4 года на 22,3 %. Сложности в материально-техническом обеспечении, в частности изношенность оборудования в амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждениях области составляет более 50 %. Преобладание в структуре проводимых оперативных вмешательств оргоуносящих операций при III–IV стадиях онкоурологических заболеваний свидетельствует о поздней обращаемости пациентов.

4. Реализация государственной программы КО «Развитие здравоохранения Кузбасса» на 2014–2017 гг. на I-м этапе (2013–2014 гг.) не привела к достоверному увеличению выявляемости онкоурологической патологии в КО.

Итоги проводимой в КО диспансеризации по выявлению РПЖ можно разделить на 3 группы: до начала исполнения программы (2011–2012), начало исполнения (2013) и подведение первых результатов (2014).

Уже на первых этапах (2013) и при подведении предварительных результатов (2014) реализации программы диспансеризации определенных групп взрослого населения в КО достоверно повысилось активное выявление РПЖ (см. таблицу).

Рак предстательной железы, выявленный при диспансеризации в Кемеровской области за период 2011–2014 гг.

Годы	Абсолютное число	$\chi^2_{\text{эмп}}$	p
2011/2012	51/52	0,018	$> 0,05$ (3,841)
2012/2013	52/89	9,192	$< 0,01$ (6,635)
2013/2014	89/124	5,428	$< 0,05$ (3,841)

К сожалению, в доступных источниках информации по результатам диспансеризации не удалось найти данных о распределении впервые диагностированного РПЖ в зависимости от возраста пациентов.

По сравнению с уровнем выявления РПЖ в 2011 г., принятым за исходный, активное выявление РПЖ в 2014 г. увеличилось практически в 2,5 раза – с 51 до 124 случаев. При этом за период 2011–2012 гг. диагноз РПЖ устанавливали несколько чаще, но в основном по обращаемости. Таким образом, предусмотренный при проведении диспансеризации объем обследования мужчин старше 50 лет (тест на уровень ПСА и осмотр врача-уролога) позволяет сделать предварительное заключение о достаточно высокой эффективности в отношении активного выявления РПЖ.

Наряду с подобными очевидными преимуществами итогов диспансеризации необходимо учитывать и прогнозировать возможные проблемы и побочные эффекты.

О.И. Аполихин и соавт. в своей работе указывали на часть этих проблем [11]. С рядом из них мы столкнулись в настоящем исследовании, в частности с дефицитом медицинских кадров и слабой материально-технической базой учреждений регионального здравоохранения. Диспансеризация привела к возрастанию нагрузки на лабораторную службу за счет увеличения числа выполняемых анализов крови на уровень ПСА у мужчин старше 50 лет. Необходимо подчеркнуть, что в настоящее время не разработано нормативных документов, стандартизирующих процедуру определения уровня ПСА, следовательно, велика вероятность того, что в лабораториях с неодинаковыми вариантами подготовки пациентов к исследованию, с отличающимися методами и тест-системами полученные данные будут различаться. При этом нарушаются главные принципы диспансеризации – преемственность, сравнимость и возможность воспроизведения результатов исследований. Кроме этого, известна достаточно низкая специфичность ПСА в выявлении ранних форм РПЖ. Все эти обстоятельства могут приводить к завышению ложноположительных и ложноотрицательных результатов.

На этапе дополнительной диспансеризации увеличивается число лиц с повышенным уровнем ПСА, которым для подтверждения диагноза выполняют ультразвуковое исследование, по его результатам некоторым пациентам проводят биопсию предстательной железы. Весь этот объем работ осуществляют врачи-урологи амбулаторно-поликлинического уровня, а именно это звено в КО находится в условиях существенного кадрового дефицита. Даже в условиях одного региона это сопровождается широким разбросом техник выполнения биопсии в зависимости от оснащенности учреждения и квалификации персонала и дополнительной нагрузкой на патологоанатомическую службу, что может приводить к случаям гипо- и/или гипердиагностики РПЖ.

Одним из следствий диспансеризации являются вопросы терапии впервые выявленного РПЖ. Согласно исследованию CaPSURE различные методы лечения РПЖ применяли со следующей частотой: радикальная простатэктомия – 54,9 %, лучевая терапия – 32,1 %, андрогенная депривация – 5,6 %, аблативные методы – 5,3 %, активное наблюдение – 2,1 % [12].

Поскольку в современных условиях регионального здравоохранения в системе обязательного медицинского страхования тарифы на аблативные методы (крио- и ультразвуковая абляция) лечения РПЖ отсутствуют, и они предусмотрены только в системе оказания высокотехнологичной медицинской помощи, основным методом хирургического лечения РПЖ остается радикальная простатэктомия. Это согласуется с данными авторов о преобладании радикальных оргоуносящих оперативных вмешательств при лечении онкологических пациентов в КО.

Заключение

Таким образом, на дополнительном этапе диспансеризации определенных групп взрослого населения на региональном уровне в соответствии с Приказом Минздрава России от 3 декабря 2012 г. № 1006н требуется дифференцированный подход к обоснованному

назначению отдельных видов лабораторного и визуализационного обследований. Также должно быть четкое представление о том, что это сопровождается дополнительной нагрузкой на параклинические службы и требует дополнительного кадрового, финансового и ресурсного обеспечения.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Лоран О.Б., Велиев, Е.И., Котов С.В. Онкологические результаты радикально-го хирургического лечения пациентов с местно-распространенным раком предстательной железы. Онкоурология 2009;5(3):29–34. [Loran O.B., Veliev E.I., Kotov S.V. Oncologic results of the radical surgical treatment of patients with regional prostate cancer. Onkourologiya = Cancer Urology 2009;5(3):29–34. (In Russ.)].
2. Blana A., Murat F.J., Walter B. et al. First analysis of prospective analyses transrectal HIFU using in local cancer prostate patients. Eur Urol 2007;112(5):1108–13.
3. Aus G., Abbou C.C., Bolla M. et al. EAU Guidelines on prostate cancer. Eur Urol 2005;48(4):546–51.
4. Bracarda S., de Cobelli O., Greco C. et al. Cancer of the prostate. Crit Rev Oncol Hematol 2005;56(5):379–96.
5. Блют М. Клиника Мэйо о здоровье предстательной железы. М.: АСТ, 2007. 208 с. [Blyut M. Mayo Clinic of the prostate health. Moscow: AST, 2007. 208 p. (In Russ.)].
6. Коган М.И., Лоран О.Б., Петров С.Б. Радикальная хирургия рака предстательной железы. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. 352 с. [Kogan M.I., Loran O.B., Petrov S.B. Radical prostate cancer surgery. Moscow: GEOTAR-Media, 2006. 352 p. (In Russ.)].
7. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2013 году (заболеваемость и смертность). М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «ФМИЦ им. П.А. Герцена» Минздрава России, 2015. 250 с. [Kaprin A.D., Starinskiy V.V., Petrova G.V. Malignant tumors in Russia in 2013 (morbidity and fatality). Moscow: MNI OI im. P.A. Gertsena - filial FGBU "FMITS im. P.A. Gertsena" Minzdrava Rossii, 2015. 250 p. (In Russ.)].
8. Are C., Colburn L., Rajaram S. et al. Disparities in cancer care between the United States of America and India and opportunities for surgeons to lead. J Surg Oncol 2010;102(3):100–5.
9. Are C., Rajaram S., Are M. et al. A review of global cancer burden: trends, challenges, strategies, and a role for surgeons. J Surg Oncol 2013;107(2):221–6.
10. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 3 декабря 2012 г. № 1006н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения». [Order of the Ministry of Health of Russia dated December 3, 2012 N 1006n "On the approval of the health assessment order of certain adult population groups". (In Russ.)].
11. Аполихин О.И., Кабитов М.И., Сивков А.В. и др. Индуцированные всеобщей диспансеризацией проблемы скрининга рака предстательной железы в Российской Федерации. Социальные аспекты здоровья населения 2013;34(6). Доступно по: <http://vestnik.mednet.ru>. (Дата обращения 22 июля 2014 г.). [Apolikhin O.I., Kabitov M.I., Sivkov A.V. et al. Prostate cancer screening problems induced by the medical examination of the population in the Russian Federation. Social aspects of the population health 2013;34(6). URL: <http://vestnik.mednet.ru>. (Addressed July 22, 2014). (In Russ.)].
12. Moses K.A., Paciorek A.T., Penson D.F. et al. Impact of ethnicity on primary treatment choice and mortality in men with prostate cancer: data from CaPSURE. J Clin Oncol 2010;6(28):1069–74.