**Раннее выявление рака предстательной железы и рака почки в условиях диспансеризации**

Ранняя диагностика злокачественных новообразований является непременным условием снижения смертности при онкологических заболеваниях. Практическое применение диспансерного метода в условиях Медицинского центра Управления делами Президента РФ наглядно демонстрирует преимущества диспансеризации в раннем выявлении злокачественных опухолей.  
**Р**аннее выявление злокачественных новообразований является одной из важнейших задач противораковой борьбы. Мероприятия по ранней диагностике могут быть эффективны только в том случае, если они носят массовый характер и охватывают значительную часть населения; кроме того, они должны основываться на доступных для массового применения методах, обладающих достаточной разрешающей способностью. Примерами удачного использования скрининга в США является выявление рака молочной железы у женщин старше 50 лет (снижение показателей смертности на 50% за 5 лет) и рака шейки матки у женщин 35 - 64 лет.   
   В Медицинском центре (МЦ) Управления делами Президента РФ длительное время успешно функционирует централизованная система профилактики, ранней диагностики, последующего лечения и реабилитации больных злокачественными новообразованиями на базе поликлиник, многопрофильной больницы, реабилитационного центра и санаториев. Практическое применение диспансерного метода наблюдения за группой населения позволило выявить возможности своевременной диагностики злокачественных новообразований основных локализаций. Статистические показатели вычислялись на основе полного учета всех случаев заболевания злокачественными новообразованиями, зарегистрированных в МЦ в изученные периоды времени, с помощью автоматизированной информационно-статистической системы (АИСС Канцер-регистр). На протяжении исследуемого периода времени как обычные показатели заболеваемости, так возрастные и стандартизованные в значительной мере были подвержены изменениям.   
   Несмотря на отсутствие единого мнения о целесообразности проведения скрининга рака предстательной железы (РПЖ), основные надежды на снижение смертности от этого заболевания связаны с ранней комплексной диагностикой, включающей пальцевое ректальное исследование, определение специфического простатического антигена и трансректальное ультразвуковое исследование. Правильно организованная система диспансеризации, формирование групп повышенного онкологического риска и наблюдение за ними являются определяющими в вопросах раннего выявления рака.   
   Основные мероприятия с целью ранней диагностики РПЖ в МЦ включают ежегодный осмотр урологом с обязательным пальцевым исследованием предстательной железы мужчин старше 50 лет. Мужчин старше 60 лет осматривают 2 раза в год, с ежегодным ультразвуковым исследованием предстательной железы. При диспансеризации формируется группа риска, в которую включают больных аденомой предстательной железы и хроническим простатитом. Больных этой группы 2 раза в год осматривает уролог. При наличие признаков, подозрительных на опухолевое поражение, проводится госпитализация больных в стационар для дообследования. Уточняющими методами диагностики являются трансректальное ультразвуковое исследование предстательной железы в сочетании с пункционной биопсией. В Медицинском центре РПЖ был подтвержден морфологически у 96% больных (в среднем по России этот показатель в 1995 г. составил 65%). Важное значение имеет определение уровней простатического специфического антигена, его фракций.   
   За период с 1980 по 1995 г. в МЦ выявлено 393 случая заболевания РПЖ, причем 283 (72%) больных выявлено активно, в то время, как в 1995 г. в России лишь 2, 7% больных раком простаты выявлены при профилактических осмотрах.   
   При анализе показателей заболеваемости РПЖ в динамике выявлена постоянная тенденция к росту, ставшая наиболее выраженной к III периоду наблюдения. Доля РПЖ в структуре заболеваемости увеличилась с 5 - 6% в 80-х годах до 12% в 1991 - 1995 г. При отмечаемом росте заболеваемости удается с удовлетворением констатировать, что программа скрининга позволила увеличить выявление случаев РПЖ в I стадии.   
   Наряду с этими положительными тенденциями число больных раком IV стадии заметно не снизилось и составило 27, 2% за весь период наблюдения. Среди причин запущенности преобладали трудности диагностики - 40%, скрытое течение болезни - 22%, отказ от обследования - 9%, клинические ошибки - 7%, неполное обследование - 6%. На 1-м году жизни с момента установления диагноза РПЖ погибают 20, 1% больных, однако от прогрессирования основного заболевания - лишь 12, 7%.   
   При анализе выживаемости больных, у которых диагноз был установлен в различные временные периоды, получены статистически достоверные различия в этом показателе по изучаемым пятилетиям. Одним из основных критериев оценки эффективности лечения являются показатели скорректированной выживаемости больных, которая учитывает вероятность смерти только от данного злокачественного новообразования или осложнений его лечения.   
   Другой важной проблемой, представляющей несомненный интерес в оценке эффективности программ скрининга, является рак почки (РП). Достаточно сказать, что до 1989 г. полностью отсутствовали данные о заболеваемости и смертности от РП в бывшем Советском Союзе и России, до настоящего времени отсутствуют данные об одногодичной летальности при этом заболевании. Вместе с тем за 1991 - 1995 гг. заболеваемость РП имеет наибольшую среди всех форм рака тенденцию к росту - 36% у мужчин и 27% у женщин.   
   Исследования, проведенные в МЦ, показали, что чаще всего ранние формы РП выявляются при профилактических ультразвуковых исследованиях, а также при динамическом наблюдении за пациентами из групп повышенного онкологического риска. Программа скрининга РП, разработанная в МЦ, наглядно демонстрирует преимущества диспансерного метода в выявлении ранних форм заболевания и включает следующие мероприятия: при первичной диспансеризации всех пациентов старше 40 лет осматривает уролог, проводят ультразвуковое исследование почек и мочевого пузыря, общий анализ мочи. При повторной диспансеризации мужчин старше 40 лет уролог осматривает не реже 1 раза в 2 года, старше 50 лет - ежегодно. УЗИ или рентгенологическое исследование мочевыделительных органов проводят по назначению уролога.   
   Важную роль в комплексе мероприятий противораковой борьбы в МЦ занимает выявление в процессе диспансеризации и последующее лечение неопухолевых и хронических заболеваний почек (кисты почек, доброкачественные опухоли).   
   При наличии клинических, ультразвуковых или рентгенологических признаков, подозрительных на наличие опухолевого поражения, больные подвергаются углубленному стационарному обследованию с целью исключения или подтверждения диагноза и последующего лечения. Ответственным за организацию обследования здоровых лиц является участковый терапевт, пациентов из группы риска - уролог.   
   За период с 1980 по 1995 г. в МЦ было выявлено 544 случаев заболеваний РП. РП у мужчин был диагностирован в 348 (64%) случаях, что составляет около 8% от всех впервые выявленных случаев злокачественных новообразований. У женщин РП был выявлен в 196 (36%) случаях, что составило около 5% в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями.   
   В общей структуре заболеваемости у женщин РП находится на 6-ом месте после злокачественных новообразований молочной железы, кожи, желудка, щитовидной железы и ободочной кишки. В структуре заболеваемости у мужчин РП занимает 5-е место после злокачественных новообразований кожи, легкого, желудка и предстательной железы.   
   При оценке заболеваемости по возрастным группам установлено, что РП чаще встречается в возрасте старше 60 лет, составляя 68, 5% у мужчин и 71, 1% у женщин. В целом возрастное распределение заболевших следующее: до 60 лет - 30%; 60 - 79 лет - 57%; 80 лет и старше - 13 %. Индекс соотношения мужчин к женщинам при РП в МЦ составляет 1, 8. Средний возраст заболевших РП мужчин в МЦ - 66,0 ± 0,7 года (в России в 1995 г. - 59), у женщин - 65,1 ± 0,8 (в России - 61,3).   
   В поликлинических условиях РП удается выявить у 69% больных, в 18% потребовалось углубленное стационарное обследование. Аутопсийной находкой РП был только у 55 (10,1%) больных. Морфологическая верификация диагноза при РП в МЦ составила 85, 4 %.   
   Важнейшим критерием, раскрывающим качественную сторону медицинской помощи, в частности диспансеризации в МЦ, является распределение больных РП по стадиям заболевания. Эффективность скрининга подтверждается статистически достоверными различиями (р < 0,05) при распределении заболевших по стадиям онкологического процесса в зависимости от обстоятельств выявления опухоли.  
   При проведении скрининга доля опухолей, выявленных в I стадии, составила 29% и лишь 16% - при обращении больных с жалобами, для II стадии - соответственно 41 и 15%.   
   Частота выявления больных РП в IV стадии в МЦ при обращении больных составила 27, 3% , в то время как при активном выявлении - только 4, 7%. В целом по России этот показатель достигает 30%. Около половины случаев поздней диагностики приходится на группу больных старше 70 лет.   
   К настоящему времени (II и III период) отмечается достоверный рост доли больных, диагностированных с I - II стадиями заболевания, по отношению к первому изучаемому периоду - 75 и 32% соответственно (р < 0,05). Полученные данные, видимо, можно объяснить широким внедрением ультразвуковой диагностики в программу скрининга РП (особенно в 1985 - 1989 гг. ).   
   Причинами поздней диагностики РП в большинстве случаев являлись: объективные трудности диагностики - 50%, скрытое течение болезни - 20%, неполное обследование - 9%, врачебные ошибки - 6%.   
   Одной из важнейших характеристик качества онкологической помощи является показатель одногодичной летальности. На 1-м году с момента установления диагноза от РП погибает 10% заболевших мужчин и 9% женщин, что свидетельствует о возможности проведения скрининга рака данной локализации.   
   Лечебные подходы к ведению больных РП в МЦ не отличались от общепринятых. Ведущим методом специального противоопухолевого лечения было хирургическое (55%). Значительной части больных (34% больных РП) проводилась только симптоматическая терапия. Основными причинами симптоматической терапии явились медицинские противопоказания и отказы больных от лечения . Среди больных РП I - II стадиями хирургическое лечение проведено у 75% пациентов.   
   Представляют интерес данные о смертности среди онкологических больных по причинам, не связанным с прогрессированием рака данной локализации. В целом она составляет 57% у мужчин и 59% у женщин. Показано, что практически каждый второй больной РП погибает от другой причины, не связанной с прогрессированием основного заболевания. Длительный период прослеженности больных с установленным диагнозом РП позволил рассчитать показатели 5- и 10-летней популяционной выживаемости (скорректированной и наблюдаемой).   
   Выживаемость у женщин выше, чем у мужчин, и в целом 5-летняя наблюдаемая выживаемость составляет 76%, скорректированная - 82%; у мужчин - соответственно 67 и 78%. 10-летняя выживаемость также выше у женщин: 56% - наблюдаемая и 77% - скорректированная; у мужчин - соответственно 52 и 73%. Только ранняя диагностика РП (I стадия) позволяет получить высокий процент скорректированной 5-летней - 92 - 100% (в зависимости от пола) и 10-летней выживаемости - 89 - 99%.   
   Нами установлено, что на протяжении всего периода исследования скрининговая программа диагностики РП выполнялась наиболее четко во втором периоде (1985 - 1989 гг.), в результате чего получены статистически значимые различия в выживаемости по периодам исследования (p < 0,05). В целом 79% больных РП переживают 5 лет и 75% - 10 лет (скорректированная выживаемость).   
   Организация эффективных мероприятий скрининга взрослого населения и активное наблюдение за больными и лицами с факторами повышенного онкологического риска является основным положением в системе противораковой борьбы, принятой в МЦ. Представленные данные о возможностях практического применения диспансерного метода наблюдения позволяют наглядно оценить его преимущества в ранней диагностике РПЖ и РП, что является непременным условием улучшения результатов лечения.

**Литература:**

   1. Двойрин В. В. , Аксель Е. М. , Трапезников Н. Н. Заболеваемость злокачественными новообразованиями и смертность от них населения стран СНГ в 1995 г. - ОНЦ РАМН, М. , 1996.   
   2. Денисов Л. Е. , Николаев А. П. , Виноградова Н. Н. , Ушакова Т. И. Организация ранней диагностики злокачественных новообразований основных локализаций. - М. , 1997.   
   3. Денисов Л. Е. , Зозюк Н. Т. , Виноградова Н. Н. Заболеваемость раком почки у постоянно наблюдаемой группы населения в условиях диспансеризации. - Хирургия. - 1992. - Ь3. - С. 70-72.   
   4. Arnold O. Screening for cancer:Is it cost effective? Clin Chem 1993;39(11b):2397-403.  
   5. Miller A. What is role of early detection and screening in cancer control? J Publ Health Policy 1993;14(4):403-12.  
   6. Resnick M. Controversies on screening for cancer of the prostate. Mount Sinai J Med 1993;60(5):412-6.