

Тенденции эпидемиологии рака предстательной железы в Челябинской области

А.В. Важенин, П.А. Карнаух

ГЛПУ Челябинский областной онкологический диспансер, клиническая база
ФГУ Российский научный центр рентгенорадиологии Росздрава

PROSTATE CANCER EPIDEMIOLOGY TRENDS IN CHELYABINSK REGION

A.V. Vazhenin, P.A. Karnaukh

State treatment-and-prophylaxis enterprise Chelyabinsk Regional dispensary of oncology,
clinical base of Russian Scientific Center of roentgen-radiology of Russian Public Health

Actual level of prostate cancer incidence taking into account the cumulative ecological risk and the quality of diagnosis in the Chelyabinsk region has been established. The authors state that available prostate cancer incidence data is misleading and significantly lower than the real occurrence of disease due to inadequate diagnosis. Besides, the data does not clearly correlate with cumulative ecological risk. The necessity to introduce screening and prophylactic programs for improving the quality of diagnosis is underlined.

Повышенный интерес к вопросам диагностики и лечения рака предстательной железы (РПЖ) в течение последних лет обусловлен повсеместным увеличением числа больных, у которых впервые выявлено это заболевание [1, 2]. Темпы роста заболеваемости достигают 3 % за год, что позволяет прогнозировать удвоение числа случаев РПЖ к 2030 г. Увеличивается и смертность от РПЖ. В конце XX в. РПЖ стал одной из главных причин смерти мужчин от злокачественных опухолей [3, 4]. По мнению ВОЗ, РПЖ становится серьезной социальной и экономической проблемой. В 1997 г. общее число заболевших раком в мире составило 92 млн человек, из них РПЖ — 460 тыс., 62 млн умерли от злокачественных новообразований, в том числе 235 тыс. — от РПЖ [5]. В ряде стран ЕЭС (например, в Дании, Ирландии, Швеции) стандартизованный показатель смертности достиг 18—20,5 на 100 тыс. мужчин [6].

Учет заболеваемости РПЖ в России ведется с 1989 г., когда в отчетных формах онкодиспансеров это заболевание было отдельно выделено [7]. Доля РПЖ в структуре онкопатологии у мужчин увеличилась с 2,8% в 1996 г. до 5% в 1999 г. [6]. Среди онкоурологических локализаций РПЖ составляет 31,7%, а прирост заболеваемости с 1989 по 1999 г. составил 60,2%. Б.П. Матвеев и соавт. установили, что по величине прироста РПЖ занимает 2-е место (темп прироста — 31,4%), уступив 1-е место меланоме кожи (35,0%) [8]. Смертность тоже возросла и составила 3,9 % в структуре смертности от злокачественных опухолей всех локализаций, а количество умерших увеличилось на 21,3% [9].

Рост заболеваемости в конце XX в. многие специалисты склонны объяснять широким внедрением в повседневную практику диагностики современных методов и технологий [8].

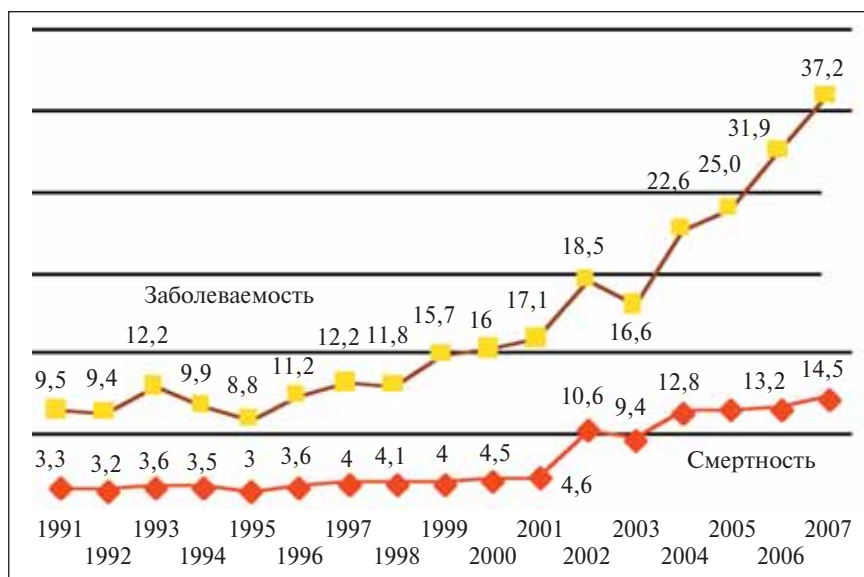
Анализ уровня заболеваемости в различных регионах России выявил значительные его колебания: от 34,7 в Томской области до 4,0 в Бурятии [9].

Несмотря на широкое применение разнообразных методов диагностики РПЖ, проблема выявления ранних стадий заболевания остается актуальной. Даже при использовании современных методов и технологий диагностики локализованные формы составляют 38,2—43,9% [10]. Б.В. Бухаркин [10] на основании данных зарубежных и отечественных исследований делает заключение о том, что на момент постановки диагноза $\frac{2}{3}$ опухолей предстательной железы являются локально-распространенными или генерализованными. Аналогичные данные приводят Б.П. Матвеев и соавт. [7], упоминая о том, что в России до 70% больных РПЖ обращаются за медицинской помощью только в III—IV стадии заболевания. В Украине распространенные формы РПЖ составляют 81,8% [11]. Это подчеркивает актуальность своевременной диагностики РПЖ.

Проведен анализ уровней заболеваемости и смертности от РПЖ за последние годы и в Челябинской области. Уровень заболеваемости увеличился с 9,5 на 100 тыс. мужского населения в 1991 г. до 37,2 в 2007 г., а смертности — с 3,3 до 14,5 за тот же период (см. рисунок). Отмечено трехкратное увеличение уровня заболеваемости и четырехкратное — смертности.

При изучении заболеваемости РПЖ у жителей соседних территорий был обнаружен уровень, сопоставимый с таковым в Челябинской области. В Екатеринбурге этот показатель составил 15,3 (В.Б. Шиманский, 2003), в Свердловской области — 12,5 (В.О. Магер, 2003), в Башкортостане — 15,0 (И.В. Музафаров, 2003), в Алтайском крае — 21,9 (А.В. Лазарев, В.П. Цивкина, 2002), в Омской области — 19,0 (В.И. Широкопад, 2003) на 100 тыс. мужского населения.

Челябинская область имеет большое разнообразие ландшафта: горный, лесной, лесостепной, степной. Это во многом объясняет климатические различия северных и южных районов области. В то же время на территории области расположено значительное количество металлургических и металлообрабатывающих производств,



Уровни заболеваемости и смертности РПЖ в Челябинской области

предприятий угольной и химической промышленности, которые используют технологии со значительным загрязнением внешней среды, в том числе и радиационным.

Известно, что все вышеперечисленные факторы, как климатические, так и техногенные, определенным образом влияют на уровень онкологической заболеваемости. В связи с этим произведен расчет заболеваемости по отдельным районам области. Выявлено, что уровень заболеваемости РПЖ в различных районах составил от 4,7 до 39,3 на 100 тыс. мужского населения. Предпринята попытка установления корреляции уровня заболеваемости РПЖ и суммарного экологического риска неблагоприятного воздействия на организм человека. При этом обнаружено полное отсутствие взаимосвязи между этими показателями. Сложно объяснить низкий уровень заболеваемости РПЖ в центрах черной металлургии и металлообработки в городах Миассе и Златоусте и высокий — в районах с минимальным экологическим загрязнением (Увельский, Уйский и др.). Это за-

ставило искать другие причины колебания уровня заболеваемости РПЖ в различных районах области.

Проведен анализ качества диагностики РПЖ. Критерием выбран показатель поздней диагностики заболевания — случаи первичной диагностики только в IV стадии заболевания. В результате установлено, что высокий уровень заболеваемости соответствует удовлетворительному качеству диагностики (г. Аша, Каслинский район, г. Магнитогорск), а низкая заболеваемость имеет место в тех районах, где заболевание диагностируется в IV стадии у 100% больных (Еткульский, Карталинский, Сосновский районы и др.). Проведенное исследование позволяет сделать вывод о том, что установленный уровень заболеваемости РПЖ в Челя-

бинской области по результатам работы областного онко-регистра не соответствует действительности и в связи с низким качеством диагностики заболевания во многих районах области занижен. Фактический уровень заболеваемости в области значительно выше декларируемого.

Очевидно, что подобное явление характерно и для других регионов России, следовательно, можно утверждать, что истинный уровень заболеваемости в целом по стране существенно выше декларируемого в статистических отчетах.

Проведенное исследование свидетельствует о несоответствии декларируемого и фактического уровней заболеваемости РПЖ в Челябинской области. В результате низкого качества диагностики фактический уровень заболеваемости сильно занижен.

Внедрение в широкую медицинскую практику скрининговых программ раннего выявления РПЖ позволит повысить качество оказания лечебно-диагностической помощи.

Литература

1. Пушкарь Д.Ю. Радикальная простатэктомия. М., МЕДпресс-информ; 2002.
2. Newling D.W. Clinical protocols in treatment of prostatic carcinoma in Europe. The role of EORTC and other organizations. Urologe A 1995;34(5):374—81.
3. Алексеев Б.Я., Русаков И.Г. Лечение локализованного рака предстательной железы: выбор тактики, результаты лечения. В сб.: Современные возможности и новые направления в диагностике и лечении рака почек, мочевого пузыря и предстательной железы. Материалы Всероссийской научно-практической конференции. Уфа, 25—27 июня 2001 г. Под ред. В.И. Чиссова. Уфа; 2001. с. 18—23.
4. Переверзев А.С. Достижения, спорные и нерешенные вопросы в проблеме рака

- предстательной железы. В сб.: Рак предстательной железы. Материалы X юбилейной научно-практической конференции урологов. Харьков; 2002. с. 5—31.
5. Трапезников Н.Н., Аксель Е.М. Заболеваемость злокачественными новообразованиями и смертность от них населения стран СНГ в 1997 г. М.; 1999.
6. Аль-Шукри С.Х., Ткачук В.Н. Рак предстательной железы. В кн.: Опухоли мочеполовых органов. Под ред. С.Х. Аль-Шукри, В.Н. Ткачука. СПб., Питер; 2000. с. 267—87.
7. Матвеев Б.П., Бухаркин Б.В., Матвеев В.Б. Рак предстательной железы. М.; 1999.
8. Матвеев Б.П. Статистика онкоурологических заболеваний. В сб.: Актуальные вопросы лечения онкоурологических заболеваний. Материалы V Всероссийской научно-практи-

- ческой конференции онкоурологов. Под ред. Б.П. Матвеева. Обнинск; 2003. с. 98.
9. Матвеев Б.П., Бухаркин Б.В. Рак предстательной железы. В кн.: Комбинированное и комплексное лечение больных со злокачественными опухолями. Под ред. В.И. Чиссова. М., Медицина; 1989. с. 436—44.
10. Бухаркин Б.В., Матвеев В.Б. 3-я Всероссийская научная конференция с участием стран СНГ «Актуальные вопросы лечения онкоурологических заболеваний». Урология 1999;(5):52—4.
11. Серняк Ю.П. Консервативная терапия рака предстательной железы. В сб.: Материалы пленума правления Российского общества урологов, Омск, 22—24 сентября 1999 г. Под ред. Ю.П. Серняка, М.В. Криштопа. Омск; 1999. с. 194—5.