

Состояние онкологической помощи и эпидемиология рака предстательной железы в центральноазиатских республиках

С.В. Головачев¹, Н.С. Нурғалиев², З.П. Камарли³, Э.К. Макимбетов³

¹ГБУЗ «Ярославская областная клиническая онкологическая больница»; Россия, 150000, Ярославль, проспект Октября, 67;

²Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии; Казахстан, 050022, Алматы, проспект Абая, 91;

³ГОУ ВПО «Кыргызско-Российский Славянский университет»;

Россия, Кыргызская Республика, 720000, Бишкек, ул. Киевская, 44

Контакты: Сергей Владимирович Головачев cotsergio@mail.ru

В статье приведены данные о состоянии онкологической помощи больным со злокачественными новообразованиями, в частности раком предстательной железы, в отдельных странах Центральной Азии — республиках Узбекистан, Казахстан и Кыргызстан. Приведены данные о выявляемости при профилактических осмотрах, заболеваемости, смертности, морфологической верификации, 1-летней летальности, структуре, распределении по стадиям, диспансерных группах при раке предстательной железы в этих странах.

Ключевые слова: рак предстательной железы, страны Центральной Азии, заболеваемость, смертность

DOI: 10.17650/1726-9776-2016-12-3-82-86

Status of oncological care and epidemiology of prostate cancer in the republics of Central Asia

S. V. Golovachev¹, N. S. Nurgaliyev², Z. P. Kamarli³, E. K. Makimbetov³

¹State Budgetary Healthcare Institution "Yaroslavl Regional Clinical Oncology Hospital"; 67 Prospekt Oktyabrya, Yaroslavl, 150000, Russia;

²Kazakh Research Institute of Oncology and Radiology; 91 Prospekt Abaya, Almaty, 050022, Kazakhstan;

³State Educational Institution of Higher Professional Education "Kyrgyz Russian Slavic University";
44 Kievskaya St., Bishkek, 720000, Kyrgyz Republic, Russia

This article presents the data on the state of oncological care in patients with cancer, particularly prostate cancer in some countries of Central Asia — Republic of Uzbekistan, Kazakhstan and Kyrgyzstan. We have listed data on detectability during preventive examinations, morbidity, mortality, morphological verification, 1-year mortality, structure, distribution by stages, dispensary groups in patients with prostate cancer in these countries.

Keywords: prostate cancer, countries of Central Asia, morbidity, mortality

Введение

Во всем мире наблюдается рост числа больных с впервые установленным диагнозом злокачественного новообразования, в том числе раком предстательной железы (РПЖ). В большинстве развитых стран мира РПЖ прочно занимает лидирующие позиции [1, 2]. По данным Z.О. Таос и соавт. [3], РПЖ является наиболее часто встречающимся видом злокачественной опухоли у мужчин. Ежегодно в мире регистрируется 1 млн 100 тыс. новых случаев возникновения РПЖ и около 300 случаев смерти от данной нозологии [3]. С увеличением продолжительности жизни растет и частота встречаемости РПЖ. Так, в Японии 25 % населения находятся в возрасте 75 лет и старше, т. е. практически у трети больных РПЖ выявляют в старческом возрасте [4]. В Дании в 1980 г. были зарегистрированы 1297 больных РПЖ, к 2012 г. заболеваемость выросла в несколько раз (4315 пациентов).

Смертность остается высокой, особенно среди лиц старше 80 лет [5]. Стандартизованный по возрасту показатель заболеваемости в Италии увеличился с 31 на 100 тыс. населения в 1984 г. до 93 в 2005 г. Тем не менее с 1970 г. смертность от РПЖ уменьшалась в среднем на 2,3 % в год [6].

Выявление новых случаев РПЖ связано с активным внедрением скрининга и профилактических массовых осмотров [7, 8]. В США с 1992 по 2012 г. частота скрининга выросла с 55,3 до 70,0 % [9]. В Швейцарии было отмечено, что частота скрининга отличалась в зависимости от уровня образованности, профессии. Так, например, она была выше среди населения с высоким доходом (> 6000 долларов США в месяц) по сравнению с людьми с низким доходом (< 2000 долларов США в месяц) [10].

Актуальность проблемы РПЖ характерна не только для западных стран, но и для развивающихся. Так,

в 2012 г. в общей сложности 191 054 случая заболеваемости и 81 229 случаев смертности были зарегистрированы в азиатских странах. Среди азиатских стран самые высокие стандартизированные показатели заболеваемости были зарегистрированы в Израиле, Турции, Ливане, Сингапуре и Японии, а смертности — в Турции, Ливане, Восточном Тиморе, Армении и на Филиппинах. Значительная и положительная корреляция наблюдалась между стандартизированным показателем заболеваемости РПЖ и индексом человеческого развития ($p < 0,001$), характеризующим ожидаемую продолжительность жизни при рождении, среднее количество лет обучения и уровень доходов населения [11].

В странах СНГ также наблюдается рост основных форм злокачественных опухолей. В 2012 г. были зарегистрированы 29 082 больных с впервые выявленным РПЖ. Прирост абсолютного числа заболевших с 2007 по 2012 г. составил 43,8 % (1-е место по величине прироста). В структуре онкологической заболеваемости мужского населения РПЖ занимал 2-е ранговое место в Республике Беларусь (15,3 %) и России (12,1 %), 3-е место — в Казахстане (6,3 %), 4-е — в Армении (6,5 %) и 5-е — в Кыргызстане (4,5 %) [12–15].

Зарегистрированы расовые и этнические различия в распространении РПЖ. Были изучены 98 484 случая заболеваемости и 8997 случаев смертности от РПЖ в штате Калифорния (США). Высокая частота встречаемости РПЖ обнаружена у афроамериканцев в возрастной группе 45–64 года (отношение рисков (ОР) 1,28; 95 % доверительный интервал 1,25–1,30). Однако в группе 75–84 года показатели заболеваемости были выше у белых испанцев [16].

Путем анализа 891 100 случаев РПЖ с 1988 по 2010 г. авторы выявили этнические различия в частоте заболеваемости и в клинических аспектах РПЖ. По сравнению с белыми испанцами азиатские мужчины имели значительно худший прогноз исхода болезни. Так, филиппинцы, гавайцы, пакистанцы и индийцы достоверно чаще имели метастатические формы болезни (повышение ОР с 1,4 до 1,9) [17].

Цель исследования — изучение эпидемиологических аспектов РПЖ в некоторых странах Центральной Азии.

Материалы и методы

Материалом для исследования послужили данные обо всех случаях РПЖ по информации, предоставляемой медицинскими учреждениями страны в канцер-регистр Казахского НИИ онкологии и радиологии, Национального Центра онкологии при Минздраве Кыргызской республики и Республиканского научно-го центра онкологии Республики Узбекистан, а также сводные данные ежегодных статистических отчетов РОНЦ им. Н.Н. Блохина. Для подсчета показателей заболеваемости РПЖ были использованы данные

погодовой численности населения по возрасту, полу и регионам стран. Стандартизованные показатели заболеваемости определялись прямым методом стандартизации с использованием мирового стандартного населения.

Оценка и вычисление любых стандартизованных показателей предполагают возникновение определенных погрешностей и ошибок. В этих целях проведено определение стандартных ошибок с использованием 95 % доверительного интервала. Для вычисления стандартной ошибки определяли вариации стандартизованного показателя заболеваемости (метод Пуассона). Статистическую обработку данных проводили на основе стандартных математических программ, используемых в медико-биологической статистике (SPSS, 16.0).

Результаты исследования

В Центральной Азии наиболее густонаселенными являются Республика Узбекистан (30 млн человек), Казахстан (17 млн человек) и Кыргызстан (6 млн человек). В Республике Узбекистан в последние годы отмечается относительная стабильность основных показателей заболеваемости и смертности от онкологической патологии. Так, в 2008 г. в стране выявлены 18 758 больных (в 2007 г. — 19 089) с установленным диагнозом злокачественного новообразования, среди которых преобладали женщины (54,8 %; мужчин — 45,2 %). Интенсивный показатель заболеваемости составил 68,1 (в 2007 г. — 71,0) на 100 тыс. населения. Уровень распространенности заболевания по Республике Узбекистан остается стабильным, в 2008 г. он составил 331,6 (в 2007 г. — 328,4). В 2008 г. от злокачественных новообразований в стране умерли 9442 больных, и показатель смертности составил 35,6 (в 2007 г. — 35,1).

В Казахстане смертность от онкологических заболеваний занимает 2-е место в общей структуре смертности населения. Ежегодно от рака умирают порядка 17 000 человек, из которых 42 % — лица трудоспособного возраста. В течение последних 5 лет в стране увеличилось абсолютное число пациентов со злокачественными новообразованиями: если в 2006 г. были зарегистрированы 28 573 заболевших, то к концу 2011 г. их число возросло до 30 299. Ежегодный прирост доли больных со злокачественными новообразованиями составляет 5 %. Показатель смертности от злокачественных новообразований за последние 5 лет снизился на 11,9 % — с 113,7 на 100 тыс. населения в 2006 г. до 101,6 на 100 тыс. населения в 2011 г.

Результаты изучения основных параметров, характеризующих эпидемиологическую ситуацию по РПЖ в изучаемых центральноазиатских государствах, приведены в табл. 1. Морфологическая верификация была самой высокой в Казахстане (89,1 %), Кыргызстане

(87,6 %) и относительно низкая — в Узбекистане (67,3 %). Морфологически верифицированный диагноз характеризует качество диагностики и надежность данных о впервые выявленных больных. Низкий показатель при хорошем учете свидетельствует либо о недостаточной квалификации врача, либо об ограниченных диагностических возможностях, либо о слабо развитой специализированной службе общей сети, если она осуществляет онкологическое лечение больных. Кроме того, величина показателя зависит от «заинтересованности» врачей в уточнении диагноза у пожилых пациентов, больных с противопоказаниями к лечению, от качества заполнения первичных документов.

Таблица 1. Основные показатели состояния онкологической помощи больным раком предстательной железы в республиках Узбекистан, Кыргызстан и Казахстан (2012 г.)

Параметр		Узбекистан	Кыргызстан	Казахстан
Морфологическая верификация		67,3	87,6	89,1
Выявлено при профилактических осмотрах	% к новым больным	6,2	2,1	5,5
	Структура	0,4	0,5	1,9
Стадия	I—II	29,2	27,8	42,7
	III	46,9	39,2	37,4
	IV	23,8	29,9	19,8
	Не установлена	0	3,1	0,1
Летальность (1-летняя)		14,1	50,0	20,0
Находились под наблюдением на конец года	Абс. число	928	326	2923
	На 100 тыс.	3,1	5,8	17,4
	Структура	0,9	1,5	2
Из них 5 лет и более	Абс. число	312	80	854
	% к общему числу наблюдений	33,5	24,5	29,2
	Структура	0,7	1,0	1,2
Индекс накопления		3,5	3,3	3,3
Летальность контингентов		17,9	14	13,6
Кумулятивный критерий		0,424	0,403	0,547

В Казахстане выявляемость при профилактических осмотрах была выше по сравнению с другими государствами. Обращает на себя внимание низкий процент пациентов с начальными стадиями РПЖ в Узбекистане (29,2 %) и Кыргызстане (27,8 %) по сравнению с Казахстаном (42,7 %). Относительно

высока доля больных с неустановленными стадиями в Кыргызстане, что, вероятно, связано с проблемами диагностики. Также в данной стране отмечена высокая 1-летняя летальность — 50 %, т. е. каждый 2-й пациент с РПЖ умирает в течение 1 года. Несмотря на то что больных РПЖ с запущенными формами в Узбекистане было больше, чем в Казахстане, оказалось, что 1-летняя летальность там была ниже. Доля пациентов с опухолевым процессом I—II стадии характеризует своевременность установления диагноза. Величина определяется состоянием организации раннего выявления заболевания, уровнем диагностики, объемом и качеством профилактических осмотров, скрининга.

Летальность на 1-м году после регистрации заболевания характеризует уровень позднего выявления, а также состояние специализированной помощи в целом. Величина показателя определяется фактической запущенностью опухолевого процесса, качеством лечения. Влияют на показатель биологические особенности опухоли, качество ведения больных, правильность определения причины смерти (например, рак или инфаркт), частота отказов от лечения, размер группы посмертно учтенных и доля среди них умерших на 1-м году после выявления заболевания.

Об относительно более благоприятном состоянии специализированной помощи пациентам с РПЖ в Казахстане по сравнению с другими странами говорит тот факт, что там наблюдали относительно высокую (17,4 %) частоту встречаемости лиц, находившихся под наблюдением 5 лет и более. Данный показатель более чем в 3 раза выше, чем в Узбекистане и Кыргызстане.

Индекс накопления контингента определяется тяжестью заболевания (уровнем летальности). Большое влияние оказывает низкая прослеживаемость пациентов, т. е. большое число больных, не учтенных в течение года. При сравнительной оценке различных территорий следует учитывать направленность тенденций заболеваемости, ее структуру, а также качество учета и прослеживания больных. Эти показатели используют для оценки онкологической помощи в динамике. Положительная динамика свидетельствует об улучшении состояния онкологической помощи. Данный индекс был примерно на одном уровне в разных республиках. Результаты, полученные при рассмотрении динамики и ранга стандартизованных показателей заболеваемости РПЖ в рассматриваемых странах, приведены в табл. 2.

Наибольший прирост (87,5 %) заболеваемости РПЖ в 2012 г. (7,5 на 100 тыс. населения) по сравнению с 2007 г. (4,0) наблюдается в Кыргызстане. В Узбекистане и Казахстане также регистрируется рост заболеваемости, но темп прироста не такой выраженный — 12,5 и 23,7 % соответственно. При анализе смертности, за исключением Кыргызстана, где наблюдалось повышение показателя смертности на 54,5 %,

Таблица 2. Динамика и ранг стандартизованных показателей заболеваемости раком предстательной железы в Узбекистане, Кыргызстане и Казахстане

Страна	Показатель на 100 тыс. населения		Ранговое место		Прирост, %
	2007	2012	2007	2012	
Заболеваемость					
Узбекистан	3,2	3,6	8	8	12,5
Кыргызстан	4,0	7,5	6	6	87,5
Казахстан	11,4	14,1	5	4	23,7
Смертность					
Узбекистан	1,7	1,6	8	7	−6,25
Кыргызстан	2,2	3,4	6	7	54,5
Казахстан	6,5	6,1	5	5	−28,6

в 2 других государствах отмечено снижение, более выраженное в Казахстане (на 28,6 %).

Обсуждение

В 2012 г. в странах СНГ было зарегистрировано 29 082 новых пациента с РПЖ. Прирост абсолютного числа заболевших с 2007 по 2012 г. составил 43,8 % (1-е место по величине прироста). В структуре онкологической заболеваемости мужского населения РПЖ занимал 1-е и 2-е ранговые места в Беларуси (15,3 %) и России (12,1 %), 3-е место – в Казахстане (6,3 %), 4-е – в Армении (6,5 %) и 5-е ранговое место – в Кыргызстане (4,5 %). Во всех странах СНГ с 2006 по 2012 г. отмечено увеличение доли РПЖ в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями. В структуре заболевших в России доля РПЖ составляла 11,5 % в возрастной группе 55–69 лет, 18,1 % в возрастной группе 70–84 года и 15,9 % в группе 85 лет и старше. Средний возраст заболевших составил от 65–68 лет (в Кыргызстане и Азербайджане) до 71–

74 лет (в Армении, России, Беларуси и Казахстане). Выше средних по России (32,6 на 100 тыс. мужчин) стандартизованные показатели заболеваемости РПЖ отмечены в Беларуси (51,6 на 100 тыс.), в г. Москве (46,2 на 100 тыс.), Самарской (47,4 на 100 тыс.), Томской (52,2 на 100 тыс.), Омской (58,3 на 100 тыс.), Мурманской (46,8 на 100 тыс.) и Сахалинской (67,8 на 100 тыс.) областях; значительно ниже – в Кыргызстане, Азербайджане, Чечне и Тыве (5–12 на 100 тыс.). По величине прироста стандартизованных показателей заболеваемости с 2007 по 2012 г. РПЖ занимал 1-е ранговое место в России (35,8 %), Казахстане (23,7 %) и Беларуси (55,9 %), 2-е ранговое место в Кыргызстане (87,5 %), 7-е – в Азербайджане (40 %); в Армении показатели заболеваемости снизились на 1,5 % [14].

Заключение

Параллельное увеличение показателей заболеваемости и распространенности РПЖ в республиках Узбекистан, Кыргызстан и Казахстан свидетельствует об ухудшении здоровья населения с увеличением впервые выявленных случаев и ростом числа рецидивов ранее зарегистрированных опухолей при низком уровне организации профилактической работы. Особо тревожная эпидемиологическая ситуация наблюдается в Кыргызстане, где наряду со значительным приростом уровня заболеваемости (до 87,5 %) имеется высокий процент 1-летней летальности, повышение показателя смертности за последние 5 лет. Относительно благополучная ситуация с оказанием онкологической помощи больным РПЖ наблюдалась в Казахстане, где выявлена высокая доля пациентов с I–II стадиями опухоли, низкая 1-летняя летальность и снижение смертности с 6,5 до 6,1 на 100 тыс. населения. Стабильные показатели выявляемости больных с IV стадией злокачественного процесса в Узбекистане и Кыргызстане свидетельствуют о том, что онкологическая настороженность врачей общей лечебной сети и своевременность обращения населения за медицинской помощью являются неудовлетворительными.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Siegel R.L., Miller K.D., Jemal A. Cancer statistics, 2015. CA Cancer J Clin 2015;65(1):5–29. DOI: 10.3322/caac.21254.
2. Herget K.A., Patel D.P., Hanson H.A. et al. Recent decline in prostate cancer incidence in the United States, by age, stage, and Gleason score. Cancer Med 2016;5(1):136–41. DOI: 10.1002/cam4.549.
3. Tao Z.Q., Shi A.M., Wang K.X., Zhang W.D. Epidemiology of prostate cancer: current status. Eur Rev Med Pharmacol Sci 2015;19(5):805–12.
4. Akaza H. Epidemiology and prevention. Nihon Rinsho 2016;74(1):13–9.
5. Poulsen M.H., Dysager L., Gerke O. et al. Trends in prostate cancer in elderly in Denmark, 1980–2012. Acta Oncol 2016;55(Suppl 1):74–8. DOI: 10.3109/0284186X.2015.1115120.
6. Capocaccia R., Foschi R., Zucchetto A. et al. Estimates of prostate cancer burden in Italy. Cancer Epidemiol 2015;27(40):166–72. DOI: 10.1016/j.canep.2015.12.004.
7. Ruseckaite R., Beckmann K., O'Callaghan M. et al. Development of South Australian-Victorian Prostate Cancer Health Outcomes Research Dataset. BMC Res Notes 2016;9:37. DOI: 10.1186/s13104-016-1855-3.

8. Evans S.M., Millar J.L., Wood J.M. et al. The Prostate Cancer Registry: monitoring patterns and quality of care for men diagnosed with prostate cancer. *BJU Int* 2013;111 (4 Pt B): 158–66. DOI: 10.1111/j.1464-410X.2012.11530.x.
9. Cancer Facts & Figures 2015. Atlanta: American Cancer Society, 2015. P. 56.
10. Guessous I., Cullati S., Fedewa S.A. et al. Prostate cancer screening in Switzerland: 20-year trends and socioeconomic disparities. *Prev Med* 2016;82:83–91. DOI: 10.1016/j.ypmed.2015.11.009.
11. Pakzad R., Mohammadian-Hafshejani A., Ghoncheh M. et al. The incidence and mortality of prostate cancer and its relationship with development in Asia. *Prostate Int* 2015;3(4):135–40. DOI: 10.1016/j.prnil.2015.09.001.
12. Оганесян М. Г. Основные показатели онкологической помощи населению стран СНГ: сравнительная оценка. Медицинские новости 2014;11:98–102. [Oganessian M.G. Main indices of the oncologic assistance to the population of CIS countries: comparative assessment. *Meditinskije novosti* = Medical News 2014;11:98–102. (In Russ.)].
13. Программа развития онкологической помощи в Республике Казахстан на 2012–2016 гг. Доступно по: <http://www.aaror.org/jdownloads/nspr.rus.pdf>. [Oncologic assistance development program in the Republic of Kazakhstan by 2012–2016. Available at: <http://www.aaror.org/jdownloads/nspr.rus.pdf>. (In Russ.)].
14. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2012 году. Под ред. М.И. Давыдова, Е.М. Аксель. М., 2014. [Malignant tumors statistics in Russia and CIS countries in 2012. Ed. by: M.I. Davydov, E.M. Aksel'. Moscow, 2014. (In Russ.)].
15. Cheng I., Witte J.S., McClure L. A. et al. Socioeconomic status and prostate cancer incidence and mortality rates among the diverse population of California. *Cancer Causes Control* 2009;20(8): 431–40. DOI: 10.1007/s10552-009-9369-0.
16. Chao G.F., Krishna N., Aizer A.A. et al. Asian Americans and prostate cancer: A nationwide population-based analysis. *Urol Oncol* 2016;34(5):233.e7–233.e15. DOI: 10.1016/j.urolonc.2015.11.013.
17. Нюшко К.М., Алексеев Б. Я., Крашенинников А. А., Каприн А.Д. Хирургическое лечение больных раком предстательной железы с высоким риском прогрессирования. *Онкоурология* 2014;2:38–45. [Nushko K.M., Alekseev B.Ya., Krashennnikov A.A., Kaprin A.D. Surgical treatment of patients with the prostate cancer with high progressing risk. *Onkourologiya* = *Oncourology* 2014;2:38–45. (In Russ.)].