

пешниҳод карда шудааст. Таркиби онҳо унсурҳои бешумори химиявӣ доранд, ки аз рӯйи ҳосияташон ба организм таъсири ғаълона дошта, ҳангоми истифода метавонад аксари бемориҳоро муолиҷа намояд.

Калимаҳои калидӣ: обҳои минералӣ, иқтидори биологӣ, таъсири муолиҷавӣ-пешгирикунанда, Ҳоҷа-Оби-Гарм, Оби-Гарм, Гарм-Чашма, Шоҳамбарӣ.

УДК 611.637:616-006

doi: 10.52888/0514-2515-2024-362-3-69-75

Д.Р. Сангинов¹, З.Х. Ҳусейнзода², Х.Х. Ризоев³

МОДУЛИРОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

¹ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»

²ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗ СЗН РТ

³Многопрофильная клиническая больница «Мадади Акбар»

Сангинов Джумабой Рахматович – д.м.н., профессор кафедры онкологии, лучевой диагностики и лучевого лечения ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»; 734026, г. Душанбе, проспект И. Сомони 59А; Тел.: +992935700909; E-mail: sanginov952@gmail.com.

Цель исследования. Проанализировать существующую систему организации медицинской помощи и своевременной диагностики.

Материал и методы исследования. Используются доступные клинические протоколы, данные официальной статистики, изучена система оказания помощи и применяемые методы диагностики рака предстательной железы на разных этапах.

Результаты исследования и их обсуждение. В стране медицинская помощь больным с раком предстательной железы оказывается на трех традиционных уровнях: на первом уровне задействованы семейные врачи, урологи и онкологи онко-кабинетов; на втором уровне – больные пользуются услугами областных онкоцентров и крупных урологических отделений; третий уровень – специализированная помощь, оказываемая в РОНЦ и в отдельных клиниках урологии. С учетом опыта других стран рекомендуется усовершенствовать систему организации медицинской помощи больным с раком предстательной железы, предусматривая 4 её этапа. Предложенная модель исходит из реальной ситуации, связанной с необходимостью профилактики, своевременной диагностики и эффективного лечения в рамках клинических протоколов, кооперированного использования кадровых и технологических ресурсов онкологической, урологической и морфологической службы на всех этапах.

Выводы. Предложенная модель организации медицинской помощи на основе доказательной медицины позволит улучшить раннее выявление больных с РПЖ, повысить клиническую эффективность лечения и рационализировать использование ресурсов.

Ключевые слова: рак предстательной железы, скрининг, алгоритм диагностики, организация медицинской помощи

J.R. Sanginov¹, Z.Kh. Huseynzoda², Kh.Kh. Rizoev³

MODULATING THE ORGANIZATION OF MEDICAL CARE AND EARLY DIAGNOSIS OF PROSTATE CANCER

¹SEI Avicenna Tajik State Medical University

²SI Republican Oncological Scientific Center” of the Ministry of Health and Social Development of the Republic of Tajikistan.

³Multidisciplinary Clinical Hospital “Madadi Akbar”.

Sanginov Jumaboy Rakhmatovich - Doctor of Medical Sciences; Professor at the Department of Oncology, Radiation Diagnostics and Radiation Treatment of SEI Avicenna Tajik State State Medical University; Dushanbe, I. Somoni 59A Avenue, 734026; Tel: +992935700909; E-mail: sanginov952@gmail.com

Aim. To analyze the existing system of medical care organization and timely diagnostics for prostate cancer (PC).

Materials and Methods. The study utilized data from official statistics to analyze the system of medical care organization and the diagnostic methods applied for prostate cancer at different stages.

Results. In the country, medical care for patients with prostate cancer is organized into three levels. The first level involves family physicians, urologists, and oncologists in oncology clinics, where access to modern diagnostic facilities is limited. The second level provides advanced diagnostic services through regional oncology centers and major urology departments. The third level offers specialized care at the National Cancer Research Center (NCRC) and select urology clinics. Based on the experience of other countries, it is recommended to improve the system of medical care for prostate cancer by establishing four stages of care. The proposed model takes into account the real situation, emphasizing the need for prevention, timely diagnosis, and effective treatment in accordance with clinical protocols, as well as the coordinated use of human and technological resources from oncology, urology, and morphological services at all stages.

Conclusions. The proposed model for organizing medical care, based on evidence-based practices, aims to improve early detection of prostate cancer, enhance the clinical effectiveness of treatment, and optimize the use of resources.

Keywords: prostate cancer, screening, diagnostic algorithm, organization of medical care.

Актуальность. Рак предстательной железы (РПЖ) в большинстве развитых стран мира имеет тенденцию неуклонного роста заболеваемости, занимает 4-е место в структуре ЗНО и 2-е место среди мужчин. Ежегодно в мире регистрируется более 1 600 000 новых случаев РПЖ, из них 70% выявляются в развитых странах, при этом погибают от РПЖ 370 тыс. мужчин [13]. Наибольшая заболеваемость РПЖ наблюдается в США и Северной Европе, наименьшая в странах Восточной Азии [11].

В структуре онкозаболеваемости США РПЖ составляет 28,5%, в Европейских странах 22,2%, достигая уровня заболеваемости соответственно, 120-104 на 100 тыс. населения. В Республике Беларусь за последние 20 лет заболеваемость РПЖ выросла в 6 раз, составляя 87,6 на 100 тыс. населения, занимая первое место в структуре онкозаболеваемости среди мужчин. В России уровень заболеваемости составляет 93,7 на 100 тыс. [1]. Смертность от РПЖ в Европе составляет 9,5% в структуре смертности больных ЗНО, в России за последние 10 лет смертность выросла до 13,85%. В целом, в большинстве развитых странах отмечается снижение смертности от РПЖ [1, 11, 13].

Несмотря на оптимизацию методов диагностики РПЖ и внедрение ПСА-мониторинга, заболеваемость запущенными формами РПЖ IV стадии верифицирована у 18,9% пациентов, местно-распространённый процесс без региональных и отдалённых метастазов (III стадия) диагностируется у 21,5%, локализованная форма (I-II стадии) у 58,5%. В Республике Беларусь эти показатели составляют 14,1%, 39,1% и 45,2% соответственно [13].

Раннему выявлению также способствует использование программ ранней диагностики РПЖ, включающих пальцевое ректальное исследование, определение уровня ПСА и трансректальное ульт-

развуковое исследование простаты, решающим этапом которых являются биопсия и морфологическая верификация диагноза [4, 14].

В Республике Таджикистан уровень заболеваемости раком предстательной железы остаётся невысоким. Ежегодно впервые регистрируются 45-50 пациентов с РПЖ, заболеваемость в последние годы остаётся в пределах 0,5-0,7 на 100 тыс. населения. Более 45% больных приходится на возраст старше 65 лет, при этом с III-IV стадиями болезни регистрируются 41% больных, контингент больных составляет 222 пациента, что составляет 1,25% среди всех пациентов, находящихся на учете по состоянию на 01.01.2023. Низкий уровень регистрируемой заболеваемости не отражает истинный ее уровень, что связано, вероятно, с недостаточной онкологической настороженностью врачей первичного звена, недостаточностью учета больных на местах, с проблемами доступа к средствам диагностики и отсутствием программ раннего выявления больных РПЖ.

Цель исследования. Проанализировать состояние организации медицинской помощи больным РПЖ, своевременной диагностики и выработать рекомендации по их совершенствованию.

Материал и методы исследования. Для проведения анализа и оценки ситуации использованы данные официальной медицинской статистики, изучены вопросы организации оказания медицинской помощи больным РПЖ на разных её этапах в г. Душанбе, Согдийской области и районах республиканского подчинения, нормативные акты Министерства здравоохранения и социальной защиты населения РТ и доступные клинические протоколы.

Статистический анализ результатов было проведено с помощью программы Statistica 6,0 (Microsoft Office, USA).

Результаты исследования и их обсуждение.

В соответствии с порядком оказания медицинской помощи больным со злокачественными новообразованиями в РТ функционирующая онкологическая служба страны предусматривает три уровня оказания медицинской помощи этой группе больных, включая больных с РПЖ.

На первом уровне при подозрении или выявлении РПЖ семейные врачи, терапевты, врачи специалисты, включая врачей урологов, направляют пациента на консультацию в первичный онкологический кабинет, в случае отсутствия специалиста-онколога отправляют в урологическое отделение по месту жительства, либо в поликлинику областного онкоцентра. Консультация с целью подтверждения или исключения диагноза РПЖ должна быть проведена в течение 10 дней со дня направления пациента.

При отсутствии соответствующих средств диагностики и при сохранении подозрения или подтверждения диагноза с применением цистоскопии и морфологической верификации пациент направляется на следующий этап. Срок выполнения патологоанатомического исследования, которое проводится либо в областных онкоцентрах или медицинских учреждениях столицы (целесообразно в патоморфологической лаборатории РОНЦ), не должен превышать 15 рабочих дней. В случае выявления подозрения на РПЖ при оказании скорой медицинской помощи (острая задержка мочи, гематурия и др.) пациенты должны направляться в областные онкоцентры, РОНЦ.

На втором уровне - областные онкоцентры при необходимости завершают этап уточненной диагностики (цистоскопия, биопсия, верификация диагноза) и принимают решение о возможности оказания специализированной помощи. Необходимо отметить, что в настоящее время во всех областных онкоцентрах (Хатлонской, Согдийской, ГБАО) нет онкоурологических отделений и квалифицированных онкоурологов и, по этой причине, все первичные больные с РПЖ направляются для лечения в РОНЦ, нередко в Республиканский научно-клинический центр урологии и ряд частных клиник столицы. Обращение в неспециализированные учреждения, как показывает практика, порождает определенные проблемы в плане своевременной диагностики и оказания адекватной медицинской помощи.

Третий уровень, где оказывается специализированная помощь больным с РПЖ представлен РОНЦ, где функционирует отделение онкоуроло-

гии и имеются соответствующие диагностические и лечебные технологии (УЗИ, КТ, МРТ, цистоскоп, аппарат ТУР) и квалифицированный персонал. По данным годовых отчетов этого отделения (за 2020-2022 гг.), ежегодно получают стационарную помощь (хирургическое, химиотерапевтическое) 50-55 больных, более 45% из которых поступают с III-IV стадиями.

Хирургическому вмешательству (радикальная простатэктомия, в том числе нервосберегающая) подвергаются около 22% пациентов. Решение о выработке тактики лечения принимается на мультидисциплинарном консилиуме (*tumor board*).

Анализ ситуации показывает, что слабая работа первичного звена, специалистов-урологов, и недостаточная организационно-методическая работа онкологических центров являются причиной высокого уровня запущенности РПЖ, несвоевременной диагностики заболевания на I и II уровнях, а недостаток квалифицированных морфологов на уровне областных онкоцентров и областных медучреждений снижает качество морфологических верификаций и затрудняет доступ к этим исследованиям.

Неукомплектованность врачами онкологами первичных онкологических кабинетов в районах и городах (до 40%) также способствует ненадлежащему диспансерному наблюдению за этим контингентом, что нередко является причиной обращения больных в РОНЦ, достаточно далеко расположенному от места жительства больных. На данном этапе недостаточная информация, которая введена в банк национального канцер-регистра не позволяет оценить достоверно отдаленные результаты лечения больных РПЖ, включая показатели одногодичной летальности, 3-й и 5-летней выживаемости и динамику развития метастатического РПЖ.

Выработка рекомендаций. С целью совершенствования организации оказания медицинской помощи при РПЖ на основе принципов доказательной медицины целесообразна реализация следующей модели медицинской помощи. Система организации оказания медицинской помощи при РПЖ должна предусматривать 4 уровня (этапа). Данная модель исходит из реальной ситуации, связанной с необходимостью осуществления профилактики (первичная и вторичная), своевременной диагностики и эффективного лечения в соответствии с отечественными клиническими протоколами и кооперированного использования кадровых

и технологических ресурсов онкологической и урологической службы страны.

На первом уровне проводятся мероприятия первичной профилактики РПЖ. Данная работа будет возложена на специалистов первичного звена здравоохранения - семейных врачей, участковых врачей, фельдшеров, а также врачей-онкологов онкокабинетов. Для осуществления этой задачи, т.е. формирования группы риска по РПЖ должны быть разработаны и реализованы следующие меры:

- подготовка (обучение) врачей первичного звена методике выявления факторов риска РПЖ, повышения онкологической настороженности врачей относительно РПЖ;
- составление списка мужчин старше 40 лет по каждому прикрепленному участку;
- создание сетевого графика анкетирования;
- анкетирование мужчин старше 40 лет и по результатам его анализа формирование группы риска РПЖ на каждой территории и направление их на второй уровень.

Целесообразно анкетирование проводить с использованием шкалы IPSS (Международная шкала оценок симптомов болезней предстательной железы) и номограммы индивидуального риска РПЖ SWOP. При этом оценка риска РПЖ осуществляется с помощью Счетчика 1 номограммы SWOP, включающего три признака: возраст, наследственность по РПЖ и нарушение мочеиспускания. По результатам анкетирования, выявленные лица группы риска по РПЖ направляются на второй уровень.

Для оценки эффективности мероприятий первого уровня могут быть использованы следующие индикаторы:

- % охвата прикрепленного населения (>75%);
- соблюдение сроков анкетирования (6-12мес.);
- доля лиц с повышенным риском РПЖ (>15%).

На втором уровне осуществляется часть мероприятий вторичной профилактики для уточнения группы риска и раннего выявления РПЖ, включающей специальное урологическое обследование направленного из первого этапа пациента группы риска РПЖ. Данные мероприятия проводятся на базе урологических отделений крупных учреждений (городских, районных) и межрайонных урологических отделений. На этом этапе врач уролог в координации с врачом онкологом онкокабинета, анализируя результаты обследования на первом этапе, определяет необходимость выполнения

анализа крови на ПСА, одновременно проводят пальцевое ректальное исследование, уточняет объём предстательной железы с наличием гипоехогенных образований на УЗИ. В последующем, с использованием счетчика 3 номограммы SWOP принимает решение о показаниях к биопсии предстательной железы. При отсутствии возможностей биопсии (подготовленных специалистов и технологий) данная процедура может выполняться в другом учреждении.

Для осуществления задач второго этапа обязательными условиями являются стандартизация подготовки врачей специалистов (урологов), материально-техническое оснащение отделений (кабинетов) и стандартизация методов диагностики (ПСА, биопсия, УЗИ) на основе принципов доказательной медицины. В случае морфологического подтверждения диагноза пациент направляется на третий уровень. Индикаторами эффективности мероприятий второго этапа могут быть следующие критерии:

- частота выявления РПЖ (<3% мужчин данного возраста);
- доля локализованных форм РПЖ (>50%);
- доля клинически значимого РПЖ (>80%).

На третьем уровне проводится завершающая часть вторичной профилактики, т.е. стадирование (заключительный диагноз по системе TNM) и радикальное лечение РПЖ. Лечебно-диагностические мероприятия третьего уровня реализуются на базе областных онкоцентров (при наличии условий) или РОНЦ (для районов республиканского подчинения, г. Душанбе и ГБАО). Задачи данного этапа предусматривают, прежде всего, стадирование РПЖ и выбора тактики лечения локализованных форм заболевания. Необходимость в стандартизации подготовки врачей специалистов, в оснащении медицинского оборудования и методов диагностики и лечения также является обязательным условием на этом этапе. Индикаторами эффективности работы на данном этапе могут быть следующие критерии (в случае выполнения радикальной простатэктомии):

- оперативная активность (>80%);
- эректильная дисфункция (<60%);
- недержание мочи (<20%);
- стриктура уретры (<5%);
- рецидив РПЖ в течение 5 и 10 лет (<20% и <30% соответственно).

На четвертом уровне оказывается медицинская помощь в соответствии с объемом третичной профилактики, включающей коррекцию осложне-

ний лечения, возникших на предыдущих этапах и всех случаях метастатического РПЖ. Данный объем специализированной медицинской помощи оказывается в учреждении высокотехнологической помощи – Республиканском онкологическом научном центре. Задачи данного этапа включают:

- лечение сложных случаев РПЖ и коррекция осложнений предыдущего этапа лечения;
- оценка качества оказываемой медицинской помощи на предыдущих этапах на основе принятых индикаторов;
- методическая и практическая помощь по вопросам подготовки специалистов, рационального использования методов диагностики и оптимизации лечения предыдущих этапов.

Многочисленные исследования последних лет и принятие клинических рекомендаций ряда стран (Россия, Беларусь) подтверждают разработку программ ранней диагностики РПЖ, которая осуществляется в основном на I и II уровне оказания медицинской помощи и включает пальцевое ректальное исследование (ПРИ), трансректальное ультразвуковое исследование простаты (ТРУЗИ) и определение уровня ПСА. Данная программа должна быть разработана и внесена как обязанность врачей первичного звена и врачей-урологов [3]. ПРИ является самым доступным, безопасным и экономичным способом диагностики РПЖ, ее чувствительность составляет 26,4-69% и специфичность 89-87% [7].

Среди лучевых методов диагностики РПЖ наиболее широко используется трансректальное УЗИ простаты, которое расширило возможности скрининговых программ. Чувствительность и специфичность ТРУЗИ в режиме триплексного сканирования в диагностике РПЖ составляет 60-85% и 49-79% соответственно. При сомнительных результатах ТРУЗИ более эффективным является ультразвуковая эластография с чувствительностью и специфичностью метода 77-82% и 88-92% соответственно [2,5].

Внедрение опухолюассоциированного маркера простатического специфического антигена (ПСА) произвело “революцию” в клинической практике, предложенного в 1970 г. A.J. Ablyn. Тест на ПСА характеризуется хорошей воспроизводимостью, высокой чувствительностью, неинвазивностью и доступностью. В настоящее время ПСА широко используется в диагностике РПЖ. В ткани простаты до 98% ПСА находится в свободной форме, а в сыворотке крови как в свободной, так и в связан-

ной форме. Содержание свободной формы в крови составляет не менее 20% от общего ПСА [12].

Повышение концентрации общего ПСА может быть при РПЖ, доброкачественной гиперплазии простаты, простатите и при ишемии или инфаркте предстательной железы. В настоящее время ряд авторов (Tompson I.M. и соавт., 2004) на основании многоцентрового рандомизированного исследования предложили снизить предельное значение общего ПСА с 4 до 1,4 мг/мл у мужчин до 60 лет (чувствительность 68%, специфичность 70%). С целью повышения диагностической ценности ПСА, особенно для выявления ранних стадий также используют ряд индексов: отношение ПСА к объему ПЖ - плотность ПСА (ПСА-Д), скорость увеличения ПСА (ПСА-V) и отношение свободного к общему ПСА (%свПСА) [10].

В рекомендациях NCCN (2011 г.) для раннего выявления РПЖ представлен алгоритм, одобренный FDA, предусматривающий ежегодное обследование при свПСА 25%, выполнение биопсии в случае свПСА $\leq 10\%$, а в диапазоне 10-25% рассматривать вопрос биопсии индивидуально, с учетом других данных. Компанией Beckman Coulter предложен алгоритм индекса здоровья простаты (ИЗП), который включен в рекомендации NCCN, согласно которым значение ИЗП выше 35,0 с высокой вероятностью указывает на наличие РПЖ. С учетом отмеченных случаев гипердиагностики (30-45%) и гиподиагностики (10-15%) РПЖ, группой авторов разработан мультипараметрический показатель ВИЗГ (возраст, индекс здоровья простаты, индекс Глисона), который достоверно лучше определяет клинически значимые группы больных РПЖ, позволяющий выработать оптимальную тактику лечения больных РПЖ [1]. Разработанный нами алгоритм диагностики РПЖ представлен на рис.1.

Относительно скрининга РПЖ важно отметить, что, хотя еще в 1994 г. FDA одобрило проведение теста на общПСА для раннего выявления РПЖ, последующие многочисленные мультицентровые рандомизированные исследования показали разноречивые результаты. В России с 2019 г. скрининг РПЖ включен в перечень мероприятий по раннему выявлению онкологических заболеваний. На данном этапе в нашей стране не предусмотрено проведение скрининга РПЖ. К настоящему времени в целом подходы к скринингу РПЖ находятся все ещё в стадии формирования [9].

Выводы. 1. Моделирование организации медицинской помощи при РПЖ на основе доказательной медицины позволит обеспечивать раннее



Рисунок 1. Алгоритм диагностики рака предстательной железы

выявление заболевания, повысит клиническую эффективность и рационализирует использование ресурсов.

2. Разработанный новый подход даст возможность объективно оценить качество оказываемой помощи на всех уровнях с помощью индикаторов эффективности и определит приоритеты финансирования и управления по каждому региону.

3. Использование комплекса существующих и инновационных диагностических методов значительно повысит возможности раннего выявления больных, правильного стадирования заболевания и оптимизирует методы лечения.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 3-15 см. в REFERENCES)

1. Каприн А.Д. Состояние онкологической помощи населению России в 2012 году / А.Д. Каприн, В.В. Старинский, Г.В. Петрова // – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, - 2013. – 231 с.

2. Костин А.А. Прогнозирование развития рака предстательной железы с помощью общих моделей дискриминантного анализа / А.А. Костин, А.Т. Асратов, Н.Г. Кульченко [и др.] // *Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина* – 2015. – №3. – С. 20-29

REFERENCES:

1. Kaprin A.D. *Sostoyanie onkologicheskoy pomoshchi naseleniyu Rossii v 2012 godu* [Status of oncological care for the Russian population in 2012]. Moscow, MNIOI im. P.A. Gertsena Publ., 2013. 231 p.

2. Kostin A.A. Prognostirovanie razvitiya raka predstatelnoy zhelezy s pomoshchyu obshchikh modeley diskriminantnogo analiza [Prediction of prostate cancer using general discriminant analysis models]. *Vestnik Rossiyskogo universiteta druzhby narodov. Seriya: Meditsina - Bulletin of the Peoples' Friendship University of Russia. Series: Medicine*, 2015, No. 3, pp. 20-29.

Alford A.V., Brito J.M., Yadav K.K. The Use of Biomarkers in Prostate Cancer Screening and Treatment. *Nature Reviews Urology*, 2017, Vol. 19, pp. 221-34.

3. Ankerst D.P., Boeck A., Fredland S.J. Evaluating the Prostate Cancer Prevention Trail High Grade prostate cancer risk calculator in 10 international biopsy cohorts: result from the Prostate Biopsy Collaborative Group. *World Journal of Urology*, 2014, Vol. 32 (1), pp. 185-91.

4. Bach C., Pisipati S., Daneshwar D., Wright M. The status of surgery in the management of high-risk prostate cancer. *Nature Reviews Urology*, 2014, Vol. 11, pp. 342-351.

5. Chen J., Zhang D., Yan W. Translational Bioinformatics for Diagnostic and Prognostic Prediction of Prostate Cancer in the Next-Generation Sequencing Era. *BioMed Research International*, 2013, Vol. 2013, pp. 901578.

6. Chua M.E., Lapitan M.C., Morales M. L. Annual National Digital Rectal Exam Day: impact on prostate health awareness and disease detection. *Prostate International*, 2014, Vol. 2 (1), pp. 31-36.

7. Hjelmborg J.B., Scheike T., Holst K. The Heritability of Prostate Cancer in the Nordic Twin Study of Cancer. *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention*, 2014, Vol. 23, pp. 2303-2310.

8. Kasivisvanathan V., Rannikko A.S., Borghi M. MRI-Targeted or Standard Biopsy for Prostate-Cancer Diagnosis. *The New England Journal of Medicine*, 2018, Vol. 378, pp. 1767-1777.

9. Luzzago S., Suardi N., Dell'Oglio P. Multiparametric MRI represents an added value but not a substitute of follow-up biopsies in patients on active surveillance for low-risk prostate cancer. *European Urology Supplements*, 2017, Vol. 16, pp. 1395-1396.

10. Matshela R.F., Maree L., van Belkum C. Prevention and Detection of Prostate Cancer. *Cancer Nursing*, 2014, Vol. 37, pp. 189-197.

12. Meyer A.R., Joice G.A., Schwen Z.R. Initial Experience Performing In-office Ultrasound-guided Transperineal Prostate Biopsy Under Local Anesthesia Using the Precision Point Transperineal Access System. *Urology*, 2018, Vol. 115, pp. 8-13.

12. Sung H., Ferlay J., Siegel R.L., Laversanne M., Soerjomataram I., Jemal A., Bray F. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *A Cancer Journal for Clinicians*, 2021, Vol. 71, pp. 209-249.

13. Wen S., Chang H.-C., Tian J. Stromal Androgen Receptor Roles in the Development of Normal Prostate, Benign Prostate Hyperplasia, and Prostate Cancer. *The American Journal of Pathology*, 2015, Vol. 185, pp. 293-301.

14. Zlotta A.R., Egava S., Pushkar D. et al. Prevalence of prostate cancer on autopsy: cross-sectional study on unscreened Caucasian and Asian men. *Journal of the National Cancer Institute*, 2013, Vol. 17 (105), pp. 1050-1058.

ХУЛОСА

Ҷ.Р. Сангинов, З.Ҳ. Хусейнзода, Х.Х. Ризоев

МОДУЛКУНОНИИ ТАШКИЛИ ЁРИИ ТИББӢ ВА ТАШХИСИ БАРМАҲАЛИ САРАТОНИ ҒАДУДИ ПРОСТАТА

Мақсади тадқиқот. Таҳлили низоми ҷойдоштаи ташкили ёрии тиббӣ ва ташҳиси саривактӣ.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Маълумоти оморӣ расмӣ истифода шуда, системаи нигоҳубин ва усулҳои ташҳиси саратони ғадуди простата дар марҳилаҳои гуногун, инчунин протоколҳои клиникии мавҷуда омӯхта шуданд.

Натиҷаҳо. Дар ҷумҳурӣ ёрии тиббӣ ба беморони саратони ғадуди простата дар се сатҳи анъанавӣ расонида мешавад: дар зинаи аввал табибони оилавӣ, урологҳо ва онкологҳои утокҳои саратоншиносӣ ҷалб карда мешаванд, ки дар онҳо дастрасӣ ба воситаҳои муосири ташҳис маҳдуд аст; дар зинаи дуюм – марҳилаи ташҳиси дақиқ, ки дар он беморон аз хизматрасонии марказҳои саратоншиносии минтақавӣ ва шӯъбаҳои калони урологӣ истифода бурда мешаванд; ёрии махсусгардонидашуда дар сатҳи МҚИС ВТ ва дар клиникаҳои урологии алоҳида пешниҳод карда мешавад.

Бо дарназардошти таҷрибаи омӯхтаи дигар кишварҳо тавсия дода мешавад, ки системаи ташкили ёрии тиббӣ ба беморони гирифтори саратони простата такмил дода, 4 марҳилаи он пешбинӣ карда шавад. Модели пешниҳодшуда ба вазъи воқеии марбут ба зарурати пешгирӣ (асосӣ ва дуюмдараҷа), ташҳиси саривактӣ ва табобати муассир дар доираи протоколҳои клиникӣ, истифодаи муштараки захираҳои инсонӣ ва технологияи ҳадамоти онкологӣ, урологӣ ва морфологӣ дар ҳама марҳилаҳо асос ёфтааст.

Хулосаҳо. Модели пешниҳодшудаи ташкили ёрии тиббӣ дар асоси тибби далелӣ имкон медиҳад, ки ташҳиси барвақти беморони саратони простата, баланд бардоштани самаранокии клиникии табобат ва истифодаи оқилонаи захираҳои мусоидат намояд.

Калимаҳои калидӣ: саратони простата, скрининг, алгоритми ташҳис, ташкили ёрии тиббӣ.