

Опыт скрининга мужчин по выявлению заболеваний предстательной железы

Камалов А.А., Чалый М.Е., Василевский Р.П.

The urgency of the androgenic screening for men who underwent preventive medical examination for prostate diseases detection

Kamalov A.A., Chaly M.Ye., Vasilevsky R.P.

Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова, г. Москва

© Камалов А.А., Чалый М.Е., Василевский Р.П.

Неблагоприятное влияние андрогенной недостаточности на мужской организм определяет необходимость учредить обязательный андрогенный скрининг после 50 лет. Исследовали уровень тестостерона. Критерий включения — желание мужчин оценить их андрогенный статус. Группа состояла из 386 человек в возрасте 20—87 лет (средний 58,7 года). Выявлено 160 человек (41,45%) с возрастным гипогонадизмом. Предложен в амбулаторную практику алгоритм диагностики мужского андрогенного дефицита.

Ключевые слова: скрининг, возрастной гипогонадизм, тестостерон, гормон, предстательная железа, мужчина, андрогенозаместительная терапия, урология.

The bad influence of the androgenic insufficiency for men defines the need for obligatory androgenic screening of more than 50 years old patients. Testosterone level was examined. The criteria was the patients' will to examine their status. The group consisted of 386 people from 20 to 87 years old (the average age is 58.7 years). It was found out that 160 people (41.45%) had age-related hypogonadism. Men's androgenic deficit diagnosis algorithm was proposed for the ambulance situation.

Key words: screening, late onset hypogonadism, testosterone, presecretion, prostata gland, man, androgen replacement therapy, urology.

УДК 616.65-07-084

Если только знать, но не действовать,
то это равносильно неучению.

Си Чжу

Введение

С 2002 года в г. Москве действует подпрограмма столичного департамента здравоохранения «Целевая диспансеризация мужского населения по раннему выявлению заболеваний предстательной железы». Дополнить данную диспансеризацию своевременным скринингом андрогенодефицита (либо выделить его в самостоятельную подпрограмму) представляется наиболее важной и перспективной задачей ближайшего будущего.

Гормональный скрининг целесообразно проводить среди всех мужчин старше 50 лет независимо от наличия жалоб, поскольку ранняя диагностика возрастного андрогенодефицита (ВАД) и своевременное начало лечения служат профилактикой развития целого ряда достаточно серьезных осложнений, среди которых наи-

большую опасность представляют сердечно-сосудистые заболевания и остеопороз.

Кроме того, практические амбулаторные наблюдения в условиях мегаполиса раскрывают актуальность более раннего изучения мужского гормонального профиля. Зачастую в возрасте уже после 30 лет начинают проявляться некоторые симптомы гипогонадизма. Вот только диагностировать данное состояние не всегда представляется возможным. К сожалению, происходит это из-за недостаточной компетентности специалистов как широкого (терапевты, врачи общей практики), так и узкого (эндокринологи, урологи, кардиологи) профиля. А также из-за отсутствия эффективной материально-технической базы. В лучшем случае эти пациенты наблюдаются с диагнозами «ожирение», «синдром хронической усталости» или «метаболический синдром»; в худшем же все ограничивается лечением «виртуального» хронического простатита и «импотенции» с использованием квазинаучных методов.

В этой связи рациональным и научно обоснованным окажется внедрение в практическую сферу ведения так называемого индивидуального гормонального паспорта. Идея данного предложения не нова и заключается в регулярном (1 раз в 2 года) исследовании уровня половых гормонов (тестостерона, ГСПГ и других по показаниям) у мужчин в возрасте после 40 лет (а по показаниям и раньше). Проведение подобного контроля за уровнем андрогенной насыщенности организма из года в год позволит отследить хронологию динамики неотвратимого снижения продукции андрогенов. А самое главное — даст возможность своевременно и обоснованно начать коррекцию этого состояния.

Помимо всего прочего ведение раннего гормонального скрининга, а тем более проведение в случае необходимости АЗГ напрямую сопряжено с неотъемлемым контролем уровня простатоспецифического антигена (ПСА), что позволит менее болезненно охватить целевую часть мужского населения по части скрининга заболеваний предстательной железы (ПЖ), и преимущественно рака простаты. Ведь как показывают цифры годовых отчетов большинства городских поликлиник г. Москвы, первичная диагностика рака ПЖ в рамках проводимого скрининга не дает ожидаемых результатов. И это несмотря на существенные финансовые и трудовые затраты, положенные на реализацию этой подпрограммы. Об этом в одном из своих интервью говорил главный терапевт г. Москвы Л.Б. Лазебник: «Должен сказать, мужчины — самый сложный контингент для врачей, обследовать их на наличие или отсутствие опухоли предстательной железы — задача не из легких. Хотя есть все возможности для этого» («Московский комсомолец» № 24576 от 23 сентября 2007 г.).

Проблема, скорее всего, заключается в отсутствии должной информационной поддержки и правильно выстроенной мотивации, адресованной мужскому населению города.

Цель настоящего исследования — изучить распространенность ВАД в исследуемой группе лиц; определить и продемонстрировать значимость проведения андрогенного скрининга среди мужчин в возрасте после 50 лет (а по показаниям и раньше), проживающих в столичном регионе. Упорядочить и предложить к внедрению в амбулаторную практику г. Москвы алгоритм диагностики мужского андрогенного дефицита, а именно рекомендовать организационно-

методическому отделу (ОМО) по урологии департамента здравоохранения г. Москвы совместно с московским городским фондом обязательного медицинского страхования (МГФОМС) разработать и ввести в обращение стандарты скрининга ВАД для мужского населения обозначенного возраста. Таким образом, считать ВАД страховым случаем, а урологическую службу наделить абсолютными полномочиями для реализации данного скрининга в полном объеме. Это потребует обязательного и регулярного проведения тематических циклов, семинаров, образовательных школ по целевому усовершенствованию врачей-урологов.

Материал и методы

Исследования проводились на базе трех городских поликлиник (ГП № 94 УЗ ЮЗАО, 68 и 37 УЗ ЦАО) г. Москвы. Всего в исследование было включено 386 пациентов. Их распределение по возрастам представлено в табл. 1.

Таблица 1

Распределение пациентов по возрастным группам

Количество пациентов	Возраст, лет						
	До 29	30—39	40—49	50—59	60—69	70—79	Старше 80
Абс.	10	26	52	100	94	94	10
%	2,59	6,73	13,47	25,91	24,35	24,35	2,59

В работе были выделены следующие этапы. На первом этапе путем опроса и анкетирования выявляли больных с возрастными симптомами. Им проводилось стандартное обследование, включавшее сбор общемедицинского и по показаниям сексологического анамнеза, ответы на анкету «Международный индекс эректильной функции» (МИЭФ), анкетирование по опроснику возрастных симптомов мужчины (опросник AMS), IPSS-анкетирование, а также общий осмотр, измерение артериального давления, окружности талии, вычисление индекса массы тела, общеклинические анализы крови, мочи, исследование гормонального и биохимического статуса крови, уровень ПСА (в случае его повышения — биопсия простаты), ПРИ простаты с микроскопическим исследованием ее секрета, УЗИ органов малого таза.

Второй этап исследования преследовал цель верифицировать гипогонадизм среди обследуемых, оценить общий статус мужского здоровья с использованием доступных методов диагностики, а также изучить особенности клинического течения заболеваний

простаты у части пациентов. При диагностике гипогонадизма ориентировались на уровень общего тестостерона менее 12 нмоль/л. В обязательном порядке определяли содержание ГСПГ, а также измеряли уровень свободного тестостерона по номограмме. При выявлении низких показателей свободного тестостерона (менее 215 пкмоль/л) данное состояние также расценивалось как гипогонадизм даже при значении общего тестостерона более 12 нмоль/л.

На третьем этапе все мужчины были распределены в зависимости от возраста по подгруппам в рамках каждой медицинской организации. Возраст пациентов варьировал от 20 до 87 лет (средний возраст составил 58,7 года). Было создано семь подгрупп с возрастными периодами продолжительностью 10 лет (см. табл. 1).

Каждому пациенту выполнено исследование тестостерона общего (нмоль/л) и свободного (пкмоль/л) (рассчитан по номограмме). Проведен анализ распространенности (%) ВАД в созданных возрастных подгруппах (табл. 2).

Таблица 2

Распространенность ВАД по возрастам среди части пациентов всех ЛПУ

Количество пациентов	Возраст, годы						
	20—29	30—39	40—49	50—59	60—69	70—79	Старше 80
Абс.	0	8	16	43	34	55	4
%	0	5	10	26,875	21,25	34,375	2,5

Всего было выявлено 160 пациентов (41,45%) с ВАД в группе из 386 человек.

Данная исследовательская работа продолжается и в настоящее время, в частности проводится поиск корреляций между ВАД и заболеваниями ПЖ, а также изучается эффективность проводимой АЗТ среди части пациентов с ВАД.

Выводы

1. По результатам проведенной работы изучена распространенность ВАД в исследуемой группе лиц; выявлен высокий процент его распространения.

2. Предложен к внедрению в амбулаторную практику алгоритм диагностики мужского андрогенного дефицита.

3. Продемонстрированы значимость и неоспоримая польза от проведения андрогенного скрининга среди мужчин в возрасте старше 50 лет (а по показаниям и раньше) при одновременном прохождении ими диспансеризации по выявлению заболеваний ПЖ.

4. Инициирована идея к созданию целевой подпрограммы по раннему скринингу ВАД в амбулаторной практике.

Литература

1. *Верткин А.С., Калинченко С.Ю.* Приобретенный возрастной дефицит андрогенов // Мед. газета. 2006. № 17. С. 2—3.
2. *Гамидов С.И., Иремаивили В.В.* Метаболический синдром в урологии. М.: Инсайт Полиграфик, 2010. 200 с.
3. *Гамидов С.И.* Современная урология может обеспечить высокое качество жизни пациентов с возрастным гипогонадизмом: актуальное интервью // Эффективная фармакотерапия (репринт). 2012. № 1. С. 3—6.
4. *Гончаров Н.П. и др.* Свободный тестостерон в слюне как диагностический маркер андрогенного статуса мужчин // Андрология и генитальная хирургия. 2006. № 3. С. 32—38.
5. *Каррузерс М.* Революция тестостерона. М.: МЕДпресс-информ, 2007. 224 с.
6. *Михайличенко В.В. и др.* Патогенез, диагностика и лечение возрастного андрогенного дефицита у мужчин // Андрология и генитальная хирургия. 2005. № 2. С. 60—62.
7. *Ebert T.* Clinical experience testosterone therapy, prostate safety // The Aging Male. 2004. № 7. P. 304—311.
8. *Morales A.* Andropause or symptomatic late-onset hypogonadism // The Aging Male. 2004. № 7. P. 297—303.
9. *Mulligan T., Frick M.F. et al.* Prevalence of hypogonadism in males aged at least 45 years: the HIM study // Int. J. Clin. Pract. 2006. V. 60. P. 762—769.
10. *Orshal J.M., Khalil R.A.* Gender sex hormones, and vascular tone // Am. J. Physiol. Regul. Integr. Comp. Physiol. 2004. V. 286. 233—249.
11. *Shabsigh R.* Hypogonadism and erectile dysfunction: the role for testosterone therapy // Int. J. Impot. Res. 2003. V. 15. P. 9—13.
12. *Thompson J., Khalil R. A.* Gender differences in the regulation of vascular tone // Clin. Exp. Pharmacol. Physiol. 2003. 30. P. 1—15.

Поступила в редакцию 03.10.2012 г.

Утверждена к печати 09.10.2012 г.

Сведения об авторах

А.А. Камалов — д-р мед. наук, профессор, член-корреспондент РАМН, зав. кафедрой урологии и андрологии ФФМ МГУ (г. Москва).

Камалов А.А., Чалый М.Е., Василевский Р.П. Опыт скрининга мужчин по выявлению заболеваний предстательной железы

М.Е. Чалый — д-р мед. наук, профессор кафедры урологии и андрологии ФФМ МГУ (г. Москва).

Р.П. Василевский — соискатель кафедры урологии и андрологии ФФМ МГУ (г. Москва).

Для корреспонденции

Василевский Родион Петрович, тел. 8-906-948-1299; e-mail: urolog-rv@yandex.ru