

## О роли диагностики заболеваний простаты на амбулаторном приеме терапевта

А. Л. Кебина, *elibrary.ru SPIN: 1173-3423, akebina@list.ru*

А. С. Сычёва, *elibrary.ru SPIN: 7563-0151, ORCID: 0000-0001-8804-9914, docsycheva@gmail.com*

А. Л. Вёрткин, *elibrary.ru SPIN: 9605-9117, ORCID: 0000-0001-8975-8608, kafedrakf@mail.ru*

Г. Ю. Кнорринг, *ORCID: 0000-0003-4391-2889, knorring@mail.ru*

ФГБОУ ВО МГМСУ им. А. И. Евдокимова Минздрава России; 127473, Россия, Москва, ул. Делегатская, 20/1

**Резюме.** Злокачественные заболевания остаются важной проблемой медицины, при этом ее решение зависит от эффективности выявления ранних стадий онкозаболеваний на амбулаторном этапе, включая терапевтическое звено оказания медицинской помощи. Существующие в настоящее время подходы к пропаганде основ здорового образа жизни преимущественно направлены лишь на профилактику поведенческих факторов риска: табакокурения, нерационального питания, недостаточной физической активности и пагубного употребления алкоголя. При этом, по оценкам экспертов, даже воздействие только на них позволит предотвратить по меньшей мере 40% случаев развития злокачественных новообразований. В России организована 3-уровневая система оказания медицинской помощи. Именно первый уровень оказания первичной медико-санитарной помощи и должен обеспечивать профилактическую направленность здравоохранения: грамотная диспансеризация способна обеспечить существенный, до 30%, вклад в снижение общей смертности населения, в том числе и смертности от злокачественных новообразований. Первым звеном диагностики онкологического заболевания являются терапевты, к которым пациенты обращаются с жалобами общего характера (устоляемость, субфебрилитет, боли в суставах, дизурия и т. д.). Наиболее актуальными задачами в работе терапевта являются своевременное обнаружение опухолевого заболевания и направление больного на лечение к онкологу. Статья рассматривает возможности скрининговых мероприятий с участием терапевтов, врачей общей практики, предлагает специально разработанные алгоритмы диагностики доброкачественных и злокачественных новообразований предстательной железы. Формирование навыков онкологической настороженности у врача первичного амбулаторного звена необходимо для раннего выявления и снижения частоты продвинутых стадий опухолей и более раннего начала специализированного лечения. Выявление симптоматики, подозрительной на злокачественные новообразования, с помощью алгоритмизированных подходов и последующая консультация пациента урологом или онкологом должны улучшить результаты лечения.

**Ключевые слова:** онкологические заболевания, коморбидность, онкологическая настороженность, доброкачественная гиперплазия предстательной железы, рак простаты.

**Для цитирования:** Кебина А. Л., Сычёва А. С., Вёрткин А. Л., Кнорринг Г. Ю. О роли диагностики заболеваний простаты на амбулаторном приеме терапевта // *Лечащий Врач*. 2021; 12 (24): 40-44. DOI: 10.51793/OS.2021.24.12.006

## On the role of diagnosis of prostate diseases at the outpatient appointment of a therapist

Anastasiya L. Kebina, *elibrary.ru SPIN: 1173-3423, akebina@list.ru*

Aleksandra S. Sycheva, *elibrary.ru SPIN: 7563-0151, ORCID: 0000-0001-8804-9914, docsycheva@gmail.com*

Arkady L. Vertkin, *elibrary.ru SPIN: 9605-9117, ORCID: 0000-0001-8975-8608, kafedrakf@mail.ru*

German Yu. Knorring, *ORCID: 0000-0003-4391-2889, knorring@mail.ru*

A. I. Yevdokimov Moscow State Medical and Dental University; 20/1 Delegatskaya str., Moscow, 27473, Russia

**Abstract.** Malignant diseases remain an important problem in medicine, while its solution depends on the effectiveness of detecting the early stages of cancer at the outpatient stage, including the therapeutic link in the provision of medical care. Currently existing approaches to the promotion of the foundations of a healthy lifestyle are mainly aimed only at the prevention of behavioral risk factors: tobacco smoking, unhealthy diet, insufficient physical activity and harmful use of alcohol. At the same time, according to experts, even exposure only to them will prevent at least 40% of cases of the development of malignant ovariances. A 3-tier system of medical care has been organized in Russia. It is the first level of primary health care that should ensure the prophylactic focus of health care: competent clinical examination is able to provide a significant, up to 30%, contribution to reducing the overall mortality of the population, including mortality from malignant neoplasms. The first stage in the diagnosis of oncological disease are therapists, to whom patients come with general complaints (fatigue, low-grade fever, joint pain, dysuria, etc.). The most urgent task in the work of a general practitioner is the timely detection of a tumor disease and referral of a patient for treatment to an oncologist. The article considers the possibilities of screening measures with the participation of therapists, general practitioners, and offers specially developed algorithms for the diagnosis of benign and malignant

neoplasms of the prostate gland. The formation of oncological alertness skills in a primary outpatient care physician is necessary for early detection and reduction of the incidence of advanced stages of tumors and earlier initiation of specialized treatment. Identification of symptoms suspicious of malignant neoplasms using algorithmic approaches and subsequent consultation with the patient by a specialist urologist or oncologist should improve treatment outcomes.

**Keywords:** oncological diseases, comorbidity, oncological alertness, benign prostatic hyperplasia, prostate cancer.

**For citation:** Kebina A. L., Sycheva A. S., Vertkin A. L., Knorring G. Yu. On the role of diagnosis of prostate diseases at the outpatient appointment of a therapist // *Lechaschi Vrach*. 2021; 12 (24): 40–44. DOI: 10.51793/OS.2021.24.12.006

**В** настоящее время в нашей стране, как и во всем мире, отмечен стабильный рост заболеваемости онкологическими заболеваниями, что объясняется несколькими причинами, включая старение населения, экологические, экономические и другие факторы. В 2019 г. в РФ впервые выявленный диагноз злокачественных новообразований (ЗНО) был выставлен в 640 391 случае (291 497 мужчинам и 348 894 женщинам). Прирост по сравнению с 2018 г. составил 2,5% [1].

ЗНО как причина смертности занимают второе место после сердечно-сосудистых заболеваний, в 2015 г. они обусловили 15,5% смертей в РФ [1]. ЗНО в структуре смертности мужского населения составляют 16,4%, женского — 14,4%; в трудоспособном возрасте летальность от ЗНО занимает 16,0%, у женщин репродуктивного возраста — 16,3% [1]. Подсчитано, что в 2001–2005 г. Россия ежегодно теряла приблизительно 6,5 млрд долларов на лечение ЗНО, в 2011–2015 г. ежегодные потери составляли около 8,1 млрд долларов (около 0,24% ВВП) [2].

К ведущим медико-социальным причинам высоких показателей смертности от ЗНО относят:

- позднее обращение населения за медицинской помощью;
- недостаточный уровень онкологической настороженности у медицинских работников;
- недостатки маршрутизации пациентов с подозрением на ЗНО [3, 4].

Более половины смертей людей трудоспособного возраста в РФ приходится на заболевания так называемой предотвратимой смертности и еще около трети — на причины, зависящие от первичной и вторичной профилактики, качества оказываемой медицинской помощи. Ведущим фактором увеличения продолжительности жизни населения является профилактика, рассматриваемая как активный метод укрепления и сохранения здоровья населения. Относительно онкозаболеваний эту мысль четко сформулировал Николай Николаевич Трапезников, идеолог противораковой борьбы

в нашей стране: «Своевременно заподозрить злокачественное новообразование можно только при наличии у врача постоянной онкологической настороженности, умения провести углубленный и вдумчивый опрос больного, правильно истолковать жалобы и динамику развития заболевания». Однако существующие в настоящее время подходы к пропаганде основ здорового образа жизни преимущественно направлены лишь на профилактику поведенческих факторов риска — табакокурения, нерационального питания, недостаточной физической активности и пагубного употребления алкоголя. При этом, по оценкам экспертов, даже воздействие только на них позволит предотвратить по меньшей мере 40% случаев ЗНО [1, 3].

В России организована трехуровневая система оказания медицинской помощи. Именно первый уровень оказания первичной медико-санитарной помощи и должен обеспечивать профилактическую направленность здравоохранения: грамотная диспансеризация способна обеспечить существенный, до 30%, вклад в снижение общей смертности населения, в том числе и смертности от ЗНО [3]. Необходимо повышение роли онкологической службы в первичном звене здравоохранения (амбулатории, поликлиники), а мероприятиям по диспансеризации взрослого населения, играющей важную роль в раннем выявлении онкологических заболеваний, как и факторам риска их развития, должно уделяться особое внимание [4, 5].

Первым этапом диагностики онкологического заболевания является уровень терапевтов, к которым пациенты обращаются с жалобами общего характера (утомляемость, субфебрилитет, боли в суставах, дизурия и т. д.). Наиболее актуальная задача терапевта состоит в своевременном выявлении опухолевого заболевания и направлении больного на лечение к онкологу [3, 4]. Существует недостаточная осведомленность и онкологическая настороженность среди медицинских работников, особенно в плане диагно-

стики рака легкого, молочной железы, колоректального рака и меланомы [6].

### Роль терапевта в диагностике новообразований предстательной железы

В структуре самых частых локализаций ЗНО в РФ поражения предстательной железы (ПЖ) составляют около 7% [1]. Частота как ЗНО, так и доброкачественной гиперплазии ПЖ (ДГПЖ) значительно увеличивается с возрастом. Симптоматика обоих заболеваний на начальных стадиях схожа и при выявлении на терапевтическом приеме требует обязательного назначения консультации уролога [7].

ДГПЖ (аденома ПЖ) — это доброкачественное аденоматозное разрастание периуретральной части предстательной железы. Симптомы соответствуют инфравезикальной обструкции — вялая струя мочи, колебания напора, поллакиурия, императивные позывы, ночная поллакиурия, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря, выделение мочи по капле в конце мочеиспускания, уменьшение диаметра и силы струи мочи приводят к неуверенности и прерывистости мочеиспускания, императивное недержание или недержание при переполнении мочевого пузыря и острая задержка мочи. Напряжение, необходимое для опорожнения, может вызвать застой в подслизистых венах простатической части уретры и мочевого пузыря, которые могут разрываться и приводить к гематурии. Напряжение также может быстро вызывать синокаротидный обморок, а в течение длительного периода — расширение геморроидальных вен или появление паховых грыж [7, 8].

При наличии опухоли ПЖ присоединяются симптомы, связанные с ее местным прогрессированием (гемоспермия, гематурия, недержание мочи, эректильная дисфункция, боль) и отдаленными метастазами (боль в костях) (рис. 1).

Роль терапевта состоит в умении заподозрить поражение ПЖ и назначить консультацию уролога. Безусловно, существуют рекомендованные и широко



применяемые в урологической практике опросники, например, Международная шкала оценки симптомов со стороны простаты IPSS (International Prostate Symptom Score), которая позволяет оценить выраженность симптомов у пациентов с нарушением мочеиспускания. Однако наш опыт позволяет утверждать, что использование шкалы IPSS на терапевтическом приеме затруднительно, она применима в условиях университетской клиники/поликлиники, когда первичный сбор анамнеза и жалоб поручается студентам старших курсов или ординаторам [9].

Нами сформулирован перечень обязательных вопросов на амбулаторном приеме у терапевта:

- Просыпаетесь ночью, чтобы опорожнить мочевой пузырь?
- Уменьшилось напряжение струи мочи (вялое мочеиспускание)?
- Есть ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря после мочеиспускания?
- Беспокоят трудно сдерживаемые позывы к мочеиспусканию?
- Участилось мочеиспускание в дневные часы?
- Уменьшилось ли в целом количество мочи?
- Есть затруднения в начале мочеиспускания?

Все перечисленные жалобы объединяют под общим названием — симптомы нижних мочевыводящих путей (СНМП). Этот термин обозначает совокупность признаков расстройства моче-

испускания у больных ДГПЖ и самых разных заболеваний нижних мочевых путей. Из всех СНМП наиболее специфичны для ДГПЖ и более всего нарушают качество жизни пациентов частое мочеиспускание и вялая струя мочи.

Терапевта должно насторожить и наличие у пациента терапевтических заболеваний, при которых повышен риск развития ДГПЖ:

- избыточный вес;
- сахарный диабет;
- метаболический синдром;
- гиперхолестеринемия;
- сердечно-сосудистая патология (ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, атеросклероз и т. д.);
- хроническая обструктивная болезнь легких.

В целом исследования свидетельствуют в пользу теории общности патогенеза заболеваний сердца, сосудов и головного мозга, связанных с атеросклерозом и возрастными гормональными изменениями, с одной стороны, и наличием атеросклероза как фактора ишемии, индуцирующей повреждение гладкой мускулатуры детрузора, ПЖ и мочевого пузыря, приводящее к развитию ДГПЖ, с другой [7]. Обсуждаются значение генетической предрасположенности, гормональных и сосудистых нарушений, особенностей питания и т. п. [7, 10–12]. Значима роль нарушений гормонального гомеостаза при раке ПЖ [13].

Для терапевтов очень важно, что ДГПЖ является одним из предикторов высокого риска тромбоэмболии

легочной артерии (ТЭЛА) — важнейшего летального осложнения заболеваний внутренних органов. В общей популяции фатальная ТЭЛА развивается у 60 человек на 100 000 населения. Важнейшими источниками ТЭЛА считаются являются тромбы глубоких вен голени и внутрисердечные тромбы [14]. Более 25% случаев ТЭЛА развиваются на фоне хирургических вмешательств, в частности — трансуретральной резекции ПЖ, которая сопряжена с умеренным общим риском ТЭЛА. У больных с ДГПЖ существует высокий и не связанный с оперативным лечением риск ТЭЛА. Источником ТЭЛА у таких пациентов являются тромбы глубоких вен таза, частота которых у больных с коморбидным статусом, отягощенным тяжелыми заболеваниями сердца и сосудов в клинической практике, недооценена. Возможно, именно это, учитывая распространенность ДГПЖ, служит одной из причин неадекватной прижизненной диагностики ТЭЛА: частота невыявленной при жизни ТЭЛА у умерших в многопрофильном стационаре больных терапевтического профиля достигает 20% (J. Hong и соавт., 2006). В целом частота ТЭЛА у больных с ДГПЖ терапевтического профиля, по данным собственного клинико-морфологического исследования, достигает 31% [14].

Минимальный перечень диагностических мероприятий при обращении больного с расстройствами мочеиспускания:

- сбор анамнеза;
- оценка суммарного балла по международной системе суммарной оценки симптомов при заболеваниях ПЖ по 35-балльной шкале (IPSS);
- общий анализ мочи;
- определение мочевины и креатинина в сыворотке крови;
- определение уровня простатспецифического антигена (ПСА);
- ультразвуковое исследование (УЗИ) почек, верхних мочевых путей и ПЖ, (абдоминальное и трансректальное) уродинамическое исследование (урофлоуметрия) — назначаются и проводятся урологом;
- определение наличия и количества остаточной мочи.

Несмотря на то, что наиболее частой причиной СНМП является ДГПЖ, их также могут вызывать инфекция нижних мочевых путей, рак мочевого пузыря или простаты — именно с этими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз.





Назначить анализ крови на ПСА может и терапевт, однако интерпретация результатов должна учитывать ряд факторов. ПСА — не опухолево-специфичный, а органоспецифичный маркер, поэтому однократное выявление высоких показателей ПСА не может считаться безусловным признаком ЗНО. Отмечается важность определения уровня ПСА в динамике. Стандартными уровнями ПСА признаются:

- ПСА общий — 4 нг/мл и выше у пациента младше 60 лет;
- значение общего ПСА выше возрастных норм: 40-49 лет — 2,5 нг/мл; 50-59 лет — 3,5 нг/мл; 60-69 лет — 4,5 нг/мл; 70-79 лет — 6,5 нг/мл.

Врач общей практики или терапевт должны в срочном порядке направить пациента к урологу при наличии жалоб и выявлении «красных флажков» — признаков острой задержки мочи или подозрении на рак ПЖ.

## Обсуждение

Предлагаемые алгоритмы апробированы в повседневной клинической амбулаторной практике и доказали свою жизнеспособность и эффективность. Так, в 2018 г. проведено исследование с использованием специализированного опросника в поликлиниках Тюмени. В исследовании приняли участие 25 467 пациентов, пришедших на прием к терапевту/врачу общей практики с любой причиной обращения. В ходе исследования врачи на приеме

целенаправленно задавали вопросы, касающиеся факторов рисков возникновения ЗНО, при подозрении на ЗНО пациенту назначали набор скрининговых исследований [15].

В результате внедрения программы выявляемость онкологических заболеваний составила 60,4% за первое полугодие 2018 г. против 56,3% за аналогичный период 2017 г. Отмечено, что алгоритмизированный подход к опросу/диагностике и ведению пациентов привел к повышению частоты раннего выявления ЗНО с 2% до 8% (обобщенные результаты отражены на рис. 2).

По конкретным локализациям были получены следующие результаты: выявляемость рака желудка выросла на 3%, ободочной кишки — на 2%, ЗНО трахеи, бронхов и легких — на 6%, молочной железы — на 1%, шейки матки — на 8%, ПЖ — на 2%.

Необходимость скрининга рака ПЖ подтверждается исследованиями и статистическим анализом: по величине прироста заболеваемости в России рак ПЖ занимал 1-е место за период 2000-2010 гг. (136,86%) [16]. При этом впервые выставленный диагноз рака ПЖ составляет не более 25% от числа больных с впервые установленным диагнозом ЗНО, что свидетельствует о низкой информированности населения и слабости системы ранней диагностики рака ПЖ. Однако годовая летальность от рака ПЖ на протяжении последних лет в РФ неуклонно снижается и,

например, в 2012 г. составила 10,4%, что в 1,5 раза меньше, чем в 2007 г., и в два раза ниже, чем в 2002 г., что подчеркивает курьезность данной патологии при своевременном выявлении [17]. Таким образом, скрининг и раннее выявление рака ПЖ имеют важное значение и могут проводиться в том числе и врачами общей практики и терапевтами [4, 16-18].

## Заключение

Наличие у врача первичного звена четкого стереотипа онкологической настороженности может способствовать уменьшению количества продвинутых стадий опухолей вследствие начала специализированного лечения на более ранних этапах. В такой ситуации основная задача терапевта и врача общей практики состоит в выявлении подозрительной на ЗНО симптоматики с использованием алгоритмизированного подхода и направлении пациента в специализированное учреждение.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ. Авторы статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

CONFLICT OF INTERESTS. Not declared.

## Литература/References

1. Злокачественные новообразования в России в 2019 году (заболеваемость и смертность) / Под ред. А. Д. Каприна, В. В. Старинского, Г. В. Петровой. М.: МНИОИ им. П. А. Герцена филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2020. 252 с. [Malignant neoplasms in Russia in 2019 (morbidity and mortality) / Ed. Kaprin A. D., Starinsky V. V., Petrova G. V. M.: MNIOR P. A. Herzen branch of the National Medical Research Center of Radiology, 2020. 252 p. (In Russ.)]
2. Barchuk A., Bespalov A., Huhtala H., et al. Productivity losses associated with premature mortality due to cancer in Russia: A population-wide study covering 2001-2030 // Scand J Public Health. 2019; 47 (5): 482-491. DOI: 10.1177/1403494819845565.
3. Александрова Л. М., Старинский В. В., Каприн А. Д. и соавт. Профилактика онкологических заболеваний как основа взаимодействия онкологической службы с первичным звеном здравоохранения // Исследования и практика в медицине. 2017; 4 (1): 74-80. [Alexandrova L. M., Starinskiy V. V., Kaprin A. D. et al. Prevention of oncological diseases as the basis for interaction of the oncological service with primary health care // Research and practice in medicine. 2017; 4 (1): 74-80. (In Russ.)] DOI: 10.17709/2409-2231-2017-4-1-10.

4. Сычёва А. С., Кебина А. Л., Носова А. В., Вёрткин А. Л. Принципы онкологической настороженности на амбулаторном терапевтическом этапе // Лечащий Врач. 2021; 8: 48-52.  
[Sycheva A. S., Kebina A. L., Nosova A. V., Vertkin A. L. The principles of oncological alertness at the outpatient therapeutic stage // Lechaschi Vrach. 2021; 8: 48-52. (In Russ.)]
5. Серёгина И. Ф., Драпкина О. М., Колоколов А. В., Шепель Р. Н., Булгакова Е. С., Иванова Е. С. Проблемные вопросы качества проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров взрослого населения и пути их решения // Вестник Росздравнадзора. 2020; 5-1: 51-59.  
[Seregina I. F., Drapkina O. M., Kolokolov A. V., et al. Quality issues of preventive and prophylactic medical examinations of adult population and feasible solutions // Roszdravnadzor Bulletin. 2020; 5-1: 51-59. (In Russ.)]
6. Киселев И. Л., Хвостовой В. В., Долгин В. И. и соавт. Анализ общей онкологической настороженности у медицинских работников первичного звена. Материалы Первого Международного Форума онкологии и радиологии. М., 23-27 сентября 2019 г. С. 143.  
[Kiselev I. L., Khvostova V. V., Dolgin V. I. et al. Analysis of malignancies among health care workers in primary care. Materials of the First International Forum of Oncology and Radiology. Moscow, September 23-27, 2019 p. 143. (In Russ.)]
7. Аденома простаты. Урология. Национальное руководство / Ред. Н. А. Лопаткин. М.: Гэотар-Медиа, 2013. 1024 с.  
[Adenoma of the prostate. Urology. National leadership. Ed. N. A. Lopatkin. M.: Geotar-Media, 2013. 1024 p. (In Russ.)]
8. Пушкарь Д. Ю., Раснер П. И. Симптомы нижних мочевыводящих путей и доброкачественная гиперплазия предстательной железы // Урология. 2018; S1: 30-45.  
[Pushkar D. Yu., Rasner P. I. Lower urinary tract symptoms and benign prostatic hyperplasia // Urology. 2018; S1: 30-45. (In Russ.)]
9. Верткин А. Л. Пол и клиника // Медицинский алфавит. 2021; 7: 8-10.  
[Vertkin A. L. Gender & Symptoms Med // Alphabet. 2021; 7: 8-10. (In Russ.)]
10. Рева С. А., Кудинова Н. И., Лалин С. В., Петров С. Б. Генетическое исследование как метод оценки предрасположенности к развитию рака предстательной железы // Вестник урологии. 2020; 8 (3): 103-110.  
[Reva S. A., Kudina N. I., Lalin S. V., Petrov S. B. Genetic research as a method for assessing susceptibility to prostate cancer // Urology Herald. 2020; 8 (3): 103-110. (In Russ.) DOI:10.21886/2308-6424-2020-8-3-103-110.]
11. Верткин А. Л., Пушкарь Д. Ю. Возрастной андрогенный дефицит и эректильная дисфункция. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 176 с.  
[Vertkin A. L., Pushkar D. Yu. Age-related androgen deficiency and erectile dysfunction. M.: GEOTAR-Media, 2009. 176 p. (In Russ.)]
12. Понкратов С. В., Олексюк А. В., Олексюк И. Б., Козлов К. Л. Возраст как один из важнейших критериев диагностики рака предстательной железы // Успехи геронтологии. 2021; 3 (34): 404-408.  
[Ponkratov S. V., Oleksjuk A. V., Oleksjuk I. B., Kozlov K. L. Age as one of the important criteria of prostate cancer diagnostic // Advances in Gerontology. 2021; 3 (34): 404-408. (In Russ.)]
13. Аляев Ю. Г., Безруков Е. А., Шестиперов П. А. Молекулярная патология рака предстательной железы: риск и прогностическая значимость основных маркеров // Онкоурология. 2006; 2: 45-50.  
[Alyayev Yu. G., Bezrukov Ye. A., Shestiperv P. A. Molecular pathology of prostate cancer: diagnostic and prognostic value of major markers // Oncourology. 2006; 2: 45-50. (In Russ.)]
14. Вёрткин А. Л., Грицанчук А. М. Тромбоэмболия лёгочной артерии: эпидемия, о которой все молчат // Архив внутренней медицины. 2014; 1: 33-39.  
[Vertkin A. L., Gritsanichuk A. M. Pulmonary embolism: an epidemic that everyone is silent about // Arkhiv vnutrenney meditsiny. 2014; 1: 33-9. (In Russ.)]
15. Сычёва А. С., Верткин А. Л., Кебина А. Л. Онкологическая настороженность у пациентов на амбулаторном терапевтическом этапе // Медицинский алфавит. 2021; 7: 41-45.  
[Sycheva A. S., Vertkin A. L., Kebina A. L. Oncological alertness in patients at outpatient therapeutic stage // Med. Alphabet. 2021; 7: 41-45. (In Russ.)]
16. Каприн А. Д., Старинский В. В., Петрова Г. В. Состояние онкологической помощи населению России в 2012 году. М.: МНИОИ им. П. А. Герцена, 2013. 231 с.  
[Kaprin A. D., Starinskiy V. V., Petrova G. V. The state of cancer care for the population of Russia in 2012. Moscow: MNI OI P. A. Herzen, 2013. 231 p. (In Russ.)]
17. Костин А. А., Старинский В. В., Самсонов Ю. В., Асратов А. Т. Анализ статистических данных об злокачественных новообразованиях // Исследования и практика в медицине. 2016; 1 (3): 66-78.  
[Kostin A. A., Starinskiy V. V., Samsonov Yu. V., Asratov A. T. Analysis of statistical data on malignant neoplasms // Research and practice in medicine. 2016; 1 (3): 66-78. (In Russ.)]
18. Пушкарь Д. Ю., Говоров А. В., Васильев А. О. и соавт. Московская программа ранней диагностики и лечения рака предстательной железы // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019; 27: 677-686.  
[Pushkar D. Yu., Govorov A. V., Vasilyev A. O., et al. Moscow program of early detection and treatment of prostate cancer // Problems of social hygiene, public health and history of medicine. 2019; 27: 677-686. (In Russ.)]

#### Сведения об авторах:

**Кебина Анастасия Леонидовна**, ассистент кафедры терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи ФГБОУ ВО МГМСУ им. А. И. Евдокимова Минздрава России; 127473, Россия, Москва, ул. Десятская, 20/1; akebina@list.ru

**Сычёва Александра Сергеевна**, ассистент кафедры терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи ФГБОУ ВО МГМСУ им. А. И. Евдокимова Минздрава России; 127473, Россия, Москва, ул. Десятская, 20/1; docsycheva@gmail.com

**Вёрткин Аркадий Львович**, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи ФГБОУ ВО МГМСУ им. А. И. Евдокимова Минздрава России; 127473, Россия, Москва, ул. Десятская, 20/1; kafedrakf@mail.ru

**Кнорринг Герман Юрьевич**, к.м.н., доцент кафедры терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи ФГБОУ ВО МГМСУ им. А. И. Евдокимова Минздрава России; 127473, Россия, г. Москва, ул. Десятская, 20/1; knorring@mail.ru

#### Information about the authors:

**Anastasiya L. Kebina**, assistant of the Department of Therapy, Clinical Pharmacology and Emergency Medicine at the A. I. Evdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry Ministry of Health of Russia; 20/1 Delegatskaya Str., Moscow, 127473, Russia; akebina@list.ru

**Aleksandra S. Sycheva**, assistant of the Department of Therapy, Clinical Pharmacology and Emergency Medicine at the A. I. Evdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry Ministry of Health of Russia; 20/1 Delegatskaya Str., Moscow, 127473, Russia; docsycheva@gmail.com

**Arkady L. Vertkin**, Dr. of Sci. (Med.), Professor, Head of the Department of Therapy, Clinical Pharmacology and Emergency Medicine at the A. I. Evdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry Ministry of Health of Russia; 20/1 Delegatskaya Str., Moscow, 127473, Russia; kafedrakf@mail.ru

**German Yu. Knorring**, MD, Associate Professor of the Department of Therapy, Clinical Pharmacology and Emergency Medicine at the A. I. Evdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry Ministry of Health of Russia; 20/1 Delegatskaya Str., Moscow, 127473, Russia; knorring@mail.ru