

показник летальності до року, який нині розцінюється як інтегральний показник якості онкологічної допомоги, не є аналогом показника однорічної виживаності. Якщо обчислення показника виживаності передбачає чіткий контроль якості даних і, в першу чергу, наявність належного стану диспансеризації, то показник летальності до року такого контролю не передбачає - фіксуються тільки дати захворювання та смерті.

Проведені нами раніше дослідження показали, що і в процесі реєстрації існує суттєвий недооблік (див. **Бюлетень Національного канцер-реєстру №9**), а саме: в перший (звітний) рік реєструється лише 91,8% смертей (від 84,1% - в Полтавській до 99,6% - в Запорізькій області). Важливо також, що в перший рік в Україні реєструється лише 94,5% захворівших, тобто недооблік захворюваності першого року сягає 6% - до 10 тис. хворих. Виходячи з цього, очевидним є той факт, що не можна абсолютизувати показник летальності до року як інтегральний показник, що віддзеркалює всі сторони процесу протиракової боротьби.

Таким чином, вивчення та співставлення показників занедбаності злякисного процесу, летальності до року та охоплення спеціальним лікуванням виявили різючі невідповідності у їх значеннях, коли при низькому рівні занедбаності та досить високому показнику охоплення спеціальним лікуванням реєструється також високий рівень показника померлих до року. Результати проведеного дослідження з високою вірогідністю свідчать про штучне завищення показника виявлення хвороби на ранніх стадіях та заниження показника занедбаності раку заради покращання рейтингових показників, визначених МОЗ України, що свідчить про нагальну необхідність перегляду та максимальної об'єктивізації критеріїв оцінки діяльності онкологічної служби України.

Стан диспансеризації онкологічних хворих в Україні

Для визначення ступеню готовності онкологічної служби країни до переходу на нову систему показників оцінки якості було проаналізовано стан диспансеризації хворих на рак як передумову для обчислення показників виживаності. Аналізувався рівень диспансеризації в Україні в цілому та в окремих регіонах, при різних нозологічних формах злякисних новоутворень. Визначалась повнота охоплення диспансеризацією хворих, зареєстрованих у 2003-2007 рр.; кінцевою датою відліку був 2008 рік, відносно якого і визначалися показники.

Встановлено, що з тих, хто захворів в 2007 році, тільки 57,4% були диспансерно оглянуті в перший рік (52 792 з 91 909), а 42,6% хворих після проведеного первинного лікування не були охоплені диспансерним оглядом, їх життєвий статус невідомий, що викликає сумнів у достовірності обчисленого за таких умов показника летальності до року (див. **Табл. Т7**). В другий рік диспансерного спостереження (у 2008 р.) серед захворілих у 2006 році було оглянуто тільки 50,7% (39 515 з 77 896). Через три, чотири та п'ять років після встановлення діагнозу було оглянуто 48,6%, 46,8% і 25,7% хворих відповідно.

Таблиця Т7 - Рівень охоплення диспансерним наглядом онкологічних хворих, Україна, 2008 р.

Рік встановлення діагнозу	Інтервал диспансерного спостереження	Підлягало огляду	Оглянуто	Рівень диспансерного спостереження (%)
2007 р.	1-й рік	91 909	52 792	57,4
2006 р.	2-й рік	77 896	39 515	50,7
2005 р.	3-й рік	71 358	34 713	48,6
2004 р.	4-й рік	63 414	29 658	46,8
2003 р.	5-й рік	56 353	25 761	45,7

Отримані дані свідчать про те, що за таких умов неможливо проводити аналіз виживаності як індикатора якості надання онкологічної допомоги населенню, бо рівень довіри до отриманих показників не буде перевищувати 45,7-57,4% при необхідному рівні 95%.

Розглянемо стан організації диспансерного спостереження хворих на рак в розрізі регіонів (див. **Табл. Т8**). Встановлено, що лише в трьох областях - Луганській, Полтавській та Вінницькій - диспансерний нагляд в перший рік спостереження має достатній рівень (до

95% оглянутих), що дозволяє отримати достовірні показники виживаності чи летальності до року. Ще три регіони - Хмельницька, Кіровоградська області та м. Київ мають досить високий рівень простеженості хворих (від 88,6% до 90,0%). В інших областях стан диспансеризації є незадовільним, простеженість знаходиться в межах 16,9-76,1%.

Рівень диспансеризації онкологічних хворих з діагнозом, виявленим в 2003-2006 рр. в другий, третій, четвертий та п'ятий роки спостереження в розрізі регіонів наведено в **Табл. Т8**. Належний рівень диспансеризації спостерігається в Луганській, Полтавській та Вінницькій областях в усіх інших спостерігається коливання в межах 20,5% -89,8% в перший рік та від 3,7% до 83,2% - в п'ятий рік. Особливо низький рівень диспансеризації в АР Крим і Закарпатській, Запорізькій, Тернопільській та Чернігівській областях.

Таблиця Т8 - Рівень охоплення диспансерним наглядом онкологічних хворих протягом 5-ти років в розрізі регіонів, Україна, 2008 р. (%)

Адміністративна територія	1-й рік диспансерного нагляду	2-й рік диспансерного нагляду	3-й рік диспансерного нагляду	4-й рік диспансерного нагляду	5-й рік диспансерного нагляду
Україна	57.4	50.7	48.6	46.8	45.7
АР Крим	24.4	12.3	11.1	8.6	8.7
Вінницька	95.1	95.2	97.4	97.9	97.8
Волинська	47.7	36.6	30.6	27.2	26.1
Дніпропетровськ	51.9	44.5	36.6	38.1	35.6
Донецька	62.3	54.4	51.4	48.7	48.2
Житомирська	51.9	34.8	27.7	23.3	20.7
Закарпатська	24.6	10.5	8.6	5.9	6.8
Запорізька	16.9	6.2	5.3	4.1	3.7
Івано-	76.1	75.8	75.3	74.7	71.3
Київська	65.7	80.3	84.4	80.9	83.2
Кіровоградська	89.3	87.0	84.4	82.6	82.4
Луганська	99.9	99.9	100.0	99.9	100.0
Львівська	58.1	53.5	50.1	50.7	48.7
Миколаївська	42.5	27.1	19.4	16.6	14.2
Одеська	39.5	31.6	30.7	29.5	29.0
Полтавська	96.1	95.2	95.7	96.4	95.7
Рівненська	48.8	41.6	35.5	34.5	31.7
Сумська	60.0	48.1	42.8	45.4	44.5
Тернопільська	34.6	25.3	19.8	18.9	15.8
Харківська	24.6	10.9	8.1	6.9	6.8
Херсонська	47.2	71.1	81.7	80.5	82.4
Хмельницька	90.1	85.8	85.2	84.7	84.2
Черкаська	56.2	37.7	30.1	27.7	22.3
Чернівецька	37.7	19.0	15.4	12.7	12.0
Чернігівська	75.4	67.8	66.0	57.1	57.7
м. Київ	88.6	84.2	84.5	84.4	83.1
м. Севастополь	20.5	8.1	6.0	5.6	5.7

Розглянемо рівень охоплення диспансерним наглядом хворих за основними нозологічними групами захворювань в перший рік диспансерного спостереження: рівень нагляду коливається від 46,7% при ЗН шкіри до 68,1% при ЗН молочної залози, а в п'ятий рік спостерігаємо рівень нагляду від 38,6% у хворих на ЗН органів дихання до 60,0% - серед хворих на ЗН жіночих статевих органів (див. **Табл. Т9**). Зазначені особливості свідчать про те, що рівень довіри до традиційного показника "летальність до року" знаходиться в межах 46,7-68,1%, а величина показника буде змінюватись в залежності від надходження інформації про стан онкологічних хворих в наступні роки.

Таким чином, в більшості регіонів України стан диспансеризації онкологічних хворих залишається незадовільним, життєвий статус майже 50% хворих онкологічним установам невідомий. Звичайно, за цих умов не можна проводити оцінку показника виживаності і отримати об'єктивну інформацію, необхідну для оцінки стану організації онкологічної допомоги населенню.

Таблиця Т9 - Рівень охоплення диспансерним наглядом онкологічних хворих протягом 5-ти років за групами нозологічних форм ЗН, Україна, 2008 р. (%)

Групи захворювань на ЗН за нозологією	1-й рік диспансерного нагляду	2-й рік диспансерного нагляду	3-й рік диспансерного нагляду	4-й рік диспансерного нагляду	5-й рік диспансерного нагляду
Всього	57,4	50,7	48,6	46,8	45,7
ЗН губи, порожнини рота та глотки (C00-C14)	59,9	51,1	48,1	45,9	45,1
ЗН органів травлення (C15-C26)	56,1	47,9	45,8	42,7	42,3
ЗН органів дихання (C30-C39)	53,5	45,8	41,8	39,1	38,6
ЗН кісток та суглобів (C40-C41)	59,9	49,0	49,5	48,0	49,8
ЗН шкіри (C43-C44)	46,7	45,8	45,4	43,8	43,5
ЗН мезотеліальної та м'якої тканини (C45-C49)	56,9	49,0	43,9	44,8	45,8
ЗН молочної залози (C50)	68,1	57,3	55,2	53,5	51,6
ЗН жіночих статевих органів (C51-58)	65,7	55,8	52,8	51,1	60,0
ЗН чоловічих статевих органів (C60-C63)	57,1	50,5	50,6	47,8	48,0
ЗН сечових органів (C64-C68)	55,1	50,8	47,7	46,6	46,2
ЗН головного мозку та ін. відділів ЦНС (C69-C72)	53,2	44,5	41,9	43,8	39,9
ЗН щитовидної залози та ін.ендокр.залоз (C73-C75)	60,9	55,9	51,9	53,2	51,6
ЗН лімфоїдної та кровотворної тканини (C81-C96)	63,7	55,2	50,4	49,7	49,2

Розробку та впровадження інформаційної технології популяційного та лікарняного канцер-реєстрів було розпочато 20 років тому з основною метою - використати можливості інформаційних технологій для отримання достовірної та реальної інформації про стан онкологічної допомоги та розробки шляхів її поліпшення. На даний час популяційний канцер-реєстр працює в усіх обласних центрах України, в багатьох онкологічних клініках працює лікарняний канцер-реєстр. Створена унікальна можливість проведення автоматизованих кооперованих епідеміологічних та клінічних досліджень, оцінки якості надання онкологічної допомоги населенню за аналізом виживаності онкологічних хворих. Однак наявний інформаційний потенціал використовується не повністю, здебільшого він слугує для отримання річного звіту в межах офіційних форм (ф. №7, ф. №35 здоров), визначення рейтингових показників і дуже мало для системного аналізу стану протиракової боротьби. Як і 50 років тому, якість онкологічної допомоги намагаються оцінити об'ємом ліжкового фонду, рівнем морфологічного підтвердження діагнозів, кількістю хірургічних втручань, тощо. Для переходу на прийняті в міжнародній практиці критерії необхідно почати з поліпшення організації диспансерного нагляду за хворими, тоді показник виживаності зможе стати надійним критерієм оцінки стану організації онкологічної допомоги населенню.

Звичайно, перехід на нові критерії оцінки не є миттєвим процесом і потребує значних зрушень в організації онкологічної допомоги, і, перш за все, в системі диспансеризації онкологічних хворих. Порушення в термінах обстеження, формальний підхід до моніторингу життєвого статусу хворого виключає своєчасне виявлення пролонгації хвороби, виконання необхідних лікувальних процедур, зменшує шанси хворого на одужання, суттєво скорочує тривалість його життя, що є прямим порушенням прав пацієнта на отримання своєчасної, ефективної та адекватної медичної допомоги, яка збільшує шанси хворого на повне одужання чи тривалу ремісію.