

АНАЛІЗ ВИЖИВАНОСТІ ХВОРИХ НА РАК В УКРАЇНІ

Показник виживаності є найбільш адекватним критерієм для оцінки ефективності організації онкологічної допомоги хворим на рак. Слід зазначити, що вивчення показників виживаності на рівні популяції в різних країнах світу проводилось досить рідко. Перші міжнародні дослідження виживаності хворих на рак були проведені у 1964 р. Національним інститутом раку США і включало пацієнтів з Данії, Англії, Фінляндії, Франції, Норвегії та США, яким було встановлено рак однієї з найбільш поширених нозологічних форм пухлини. В подальшому такі дослідження проводились Міжнародною агенцією по вивченню раку на даних популяційних канцер-реєстрів окремих країн світу, за умови відповідності їх стандартам якості та простеженості хворих, яка досягає 95 %, оскільки від цього залежить коректність розрахунку.

Вивчення виживаності хворих при онкоепідеміологічних дослідженнях в Україні практично не проводилось; як правило, показник виживаності застосовується лише для порівняльної оцінки ефективності різних методів лікування в клінічних дослідженнях.

Створення Національного канцер-реєстру України з персоніфікованою базою даних про всі випадки захворювань на злоякісні новоутворення на всій території країни зі щорічним поповненням інформації дозволило вперше провести дослідження виживаності на рівні популяції. Слід відзначити, що у вітчизняній практиці в якості показника, який оцінює якість надання онкологічної допомоги, використовується показник летальності до року. В світовій практиці такого показника не існує – обчислюються лише показники виживаності, і тому порівняння якості надання онкологічної допомоги в Україні та в інших країнах не можливе.

Відмінність між показником 1-річної виживаності і показником летальності до року полягає в методичних підходах до розрахунку показників – в першому випадку це визначення ймовірності прожити 1 рік при наявності даних про вітальний статус хворого (живий-помер). За існуючим алгоритмом *хворі, доля яких невідома, вилучаються з розрахунку*. В другому випадку такої простеженості не вимагається, алгоритм розрахунку показника летальності до року полягає в обчисленні питомої ваги хворих, про яких відомо, що вони померли від раку протягом року, серед всіх, хто захворів у попередній рік. Тому для відображення реальної якості надання онкологічної допомоги хворим в Україні та порівняння її з іншими країнами доцільно визначити показник 1-3-5-річної виживаності.

Зазначимо, що *показники клінічної і популяційної виживаності* різні. В першому випадку маємо більш детальну інформацію про діагноз та лікування хворого в межах онкологічної клініки, а в другому випадку в дослідження входять всі хворі, які проживають в Україні і лікування яких проводилось в різних клініках, або не проводилось взагалі.

На підставі персоніфікованих даних Національного канцер реєстру було проведено аналіз виживаності для найбільш поширених на Україні форм злоякісних новоутворень. Для цього з бази даних канцер-реєстру було виділено інформацію про 668325 хворих з датою постановки діагнозу в 2000-2005 роках, в дослідження не включались хворі з множинними раками та ті, яким діагноз встановлено посмертно. Обчислення виживаності проводилось за загально прийнятим методом Kaplan-Meier.

Найчастіше аналізують показник 5-річної виживаності, тому що саме на цей період для більшості хворих на злоякісні новоутворення значення показника стабілізується і крива графіку показника виходить на "плато". Для отримання достовірного значення показника 5-річної виживаності необхідно, крім дати встановлення діагнозу захворювання, мати відомості про життєвий статус хворого впродовж 5 років спостереження.

При порівнянні показників летальності до року та виживаності хворих на рак в Україні та в США виявлено суттєві відмінності в їх значеннях. Найбільша різниця у значеннях показників летальності до року виявлена при меланомі шкіри, ЗН молочної, передміхурової залози та сечового міхура, у показників 5-річної виживаності - .при ЗН ротової порожнини, передміхурової залози, прямої кишки та гортані.

Локалізація пухлини	Летальність до року		5-річна виживаність	
	Україна	США	Україна	США
Всі ЗН	38,9	26,0	41,4	64,0
У тому числі:				
Ротової порожнини	45,8	21,0	19,0	60,0
Шлунка	62,2	34,0	13,8	21,0
Ободової кишки	37,5	19,0	33,0	63,0
Прямої кишки	32,9	18,0	31,1	62,0
Гортані	30,3	11,0	33,6	67,0
Легені	63,9	60,0	9,4	15,0
Меланоми шкіри	16,1	2,0	49,7	90,0
Молочної залози	11,5	2,0	56,2	88,0
Шийки матки	16,2	12,0	53,8	73,0
Тіла матки	12,8	8,0	66,5	86,0
Яєчника	32,3	25,0	32,9	52,0
Передміхурової залози	20,9	3,0	45,2	98,0
Нирки	28,4	26,0	44,6	63,0
Сечового міхура	25,8	9,0	46,5	83,0
Лімфоми	36,5	30,0	44,4	57,0
Лейкемії	39,3	39,0	31,1	48,0

При аналізі виживаності хворих на рак слід враховувати стадію захворювання як найбільш вагомий прогностичний фактор. Показник виживаності при хворобі 1-2 стадії протягом всього періоду спостереження у 1,5-3,5 рази вищий ніж при 3-4 стадії. Ця різниця могла бути ще більшою, якби стадія хвороби не була рейтинговим показником при оцінці рівня організації онкологічної допомоги. Як показує досвід, має місце тенденція до штучного завищення кількості хворих, виявлених у 1-2 стадії хвороби, що спричиняє заниження значення показників виживаності таких хворих. Виявлено відмінності у значеннях показника виживаності чоловіків та жінок при окремих локалізаціях пухлин, а саме: ЗН гортані, легені, нирки та лімфомах.

Ще раз звертаємо увагу на те, що для отримання *достовірної* інформації про виживаність хворих в популяції провідна роль належить *організації диспансерного нагляду та своєчасній перереєстрації життєвого статусу хворого*. На даний час можна виділити 4 групи областей по рівню простеженості даних. В першу групу з рівнем простеженості (95-100)% увійшли Луганська, Вінницька, Полтавська та Хмельницька області, в другу групу з рівнем (60-90)% увійшли Кіровоградська, Івано-Франківська, Чернігівська, Київська, Донецька, Сумська, Херсонська, Львівська області та м. Києві. Області, в яких простеженість хворих тримається на рівні 50%, склали третю групу - Дніпропетровська, Рівненська, Одеська, Волинська, Черкаська та Житомирська області. Низький рівень простеженості хворих (20-40)% зареєстровано в Запорізькій, Закарпатській, Харківській, Чернівецькій, Тернопільській, Миколаївській областях, АР Крим та м. Севастополь.

Вживаність хворих на рак є інтегральним показником, який оцінює загальні досягнення країни в галузі протиракової боротьби, тому визначення цього показника в різних регіонах дозволить порівняти стан профілактики, діагностики та лікування онкологічних хворих з метою розробки заходів на поліпшення організації онкологічної допомоги населенню.