

**ВИЖИВАНІСТЬ ХВОРИХ ЯК ІНДИКАТОР ЯКОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ОНКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА РАК ШИЙКИ МАТКИ**

Рак шийки матки (C53) займає одне з провідних місць в структурі захворюваності злоякісними новоутвореннями (ЗН) жінок в Україні. Так, в 2000-2005 рр. рак шийки матки займав 5-те місце після раку молочної залози (C50), колоректального раку (C18-C21), раку тіла матки (C54) та раку шлунка (C16). В період 2006-2010 рр. рак шийки матки посідає 4-те місце в структурі захворюваності жіночого населення України ЗН.

В переліку рейтингових показників оцінки діяльності онкологічної служби найбільш представлені показники щодо хворих на рак шийки матки (РШМ), що повинно сприяти підвищенню якості онкологічної допомоги хворим цієї категорії. Для оцінки цього параметру в Україні проведено аналіз залежності виживаності хворих від часу встановлення діагнозу, стадії захворювання, охоплення населення профілактичними оглядами та спеціальним лікуванням, від місця проживання (місто-село) та ін.

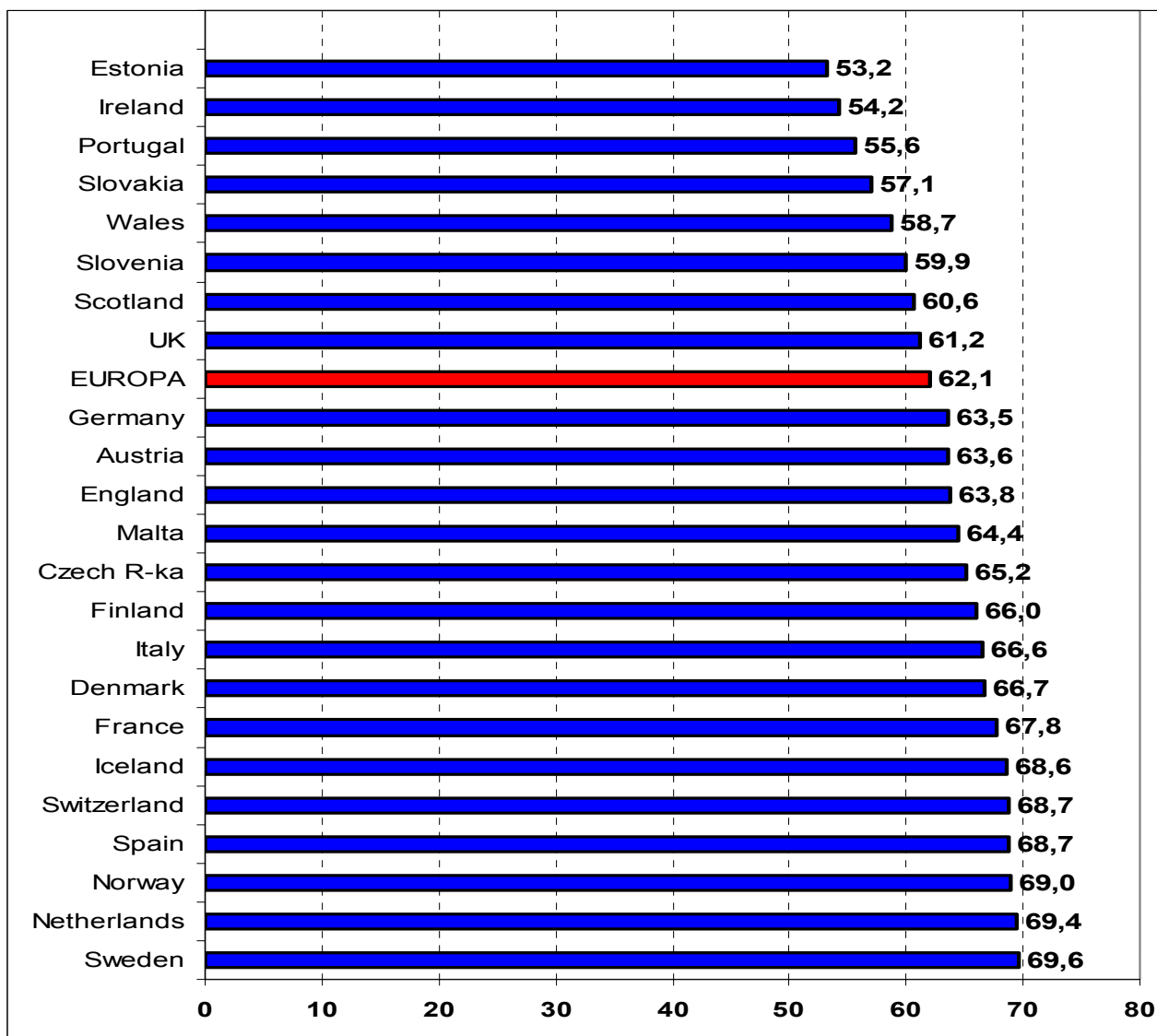
В 2002 році Міжнародним агентством по дослідженню раку (IARC) було проведено широкомасштабне дослідження виживаності хворих на РШМ в різних країнах. Результати цього дослідження наведені в **Таблиці Р1** та на **Рис.1**.

**Таблиця Р1 - Виживаність хворих на РШМ в країнах світу за даними IARC**

Країна	Період спостереження	5-річна виживаність, %	Країна	Період спостереження	5-річна виживаність, %
<b>Європа</b>	<b>1994-1996</b>	<b>62.1</b>	Німеччина	1994-1996	63.5
Швеція	1994-1996	69.6	Велика Британія	1994-1996	61.2
Нідерланди	1994-1996	69.4	Шотландія	1994-1996	60.6
Норвегія	1994-1996	69.0	Словенія	1994-1996	59.9
Іспанія	1994-1996	68.7	Уельс	1994-1996	58.7
Швейцарія	1994-1996	68.7	Словакія	1994-1996	57.1
Ісландія	1994-1996	68.6	Португалія	1994-1996	55.6
Франція	1994-1996	67.8	Ірландія	1994-1996	54.2
Данія	1994-1996	66.7	Естонія	1994-1996	53.2
Італія	1994-1996	66.6	<b>США</b>	<b>1996-2002</b>	<b>88.5</b>
Фінляндія	1994-1996	66.0	<b>Канада</b>	<b>1996-2000</b>	<b>86.0</b>
Чехія	1994-1996	65.2	<b>Австралія</b>	<b>1992-1997</b>	<b>84.0</b>
Мальта	1994-1996	64.4	<b>Нова Зеландія</b>	<b>1994-1999</b>	<b>81.7</b>
Англія	1994-1996	63.8	<b>Японія</b>	<b>1996-2001</b>	<b>78.4</b>
Австрія	1994-1996	63.6	<b>Велика Британія</b>	<b>2003-2005</b>	<b>66.7</b>

В країнах Європи в 1994-1996 рр. 5-річна виживаність хворих на РШМ складала 62.1%, від 53.2% в Естонії до 69.6% - в Швеції.

а



б

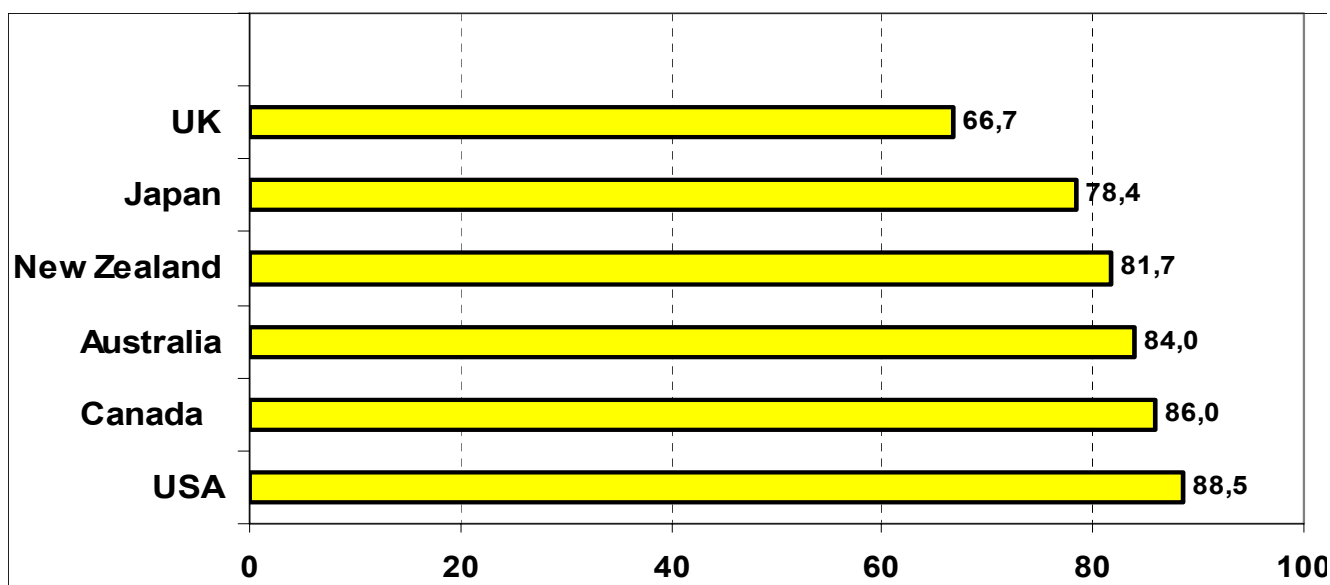
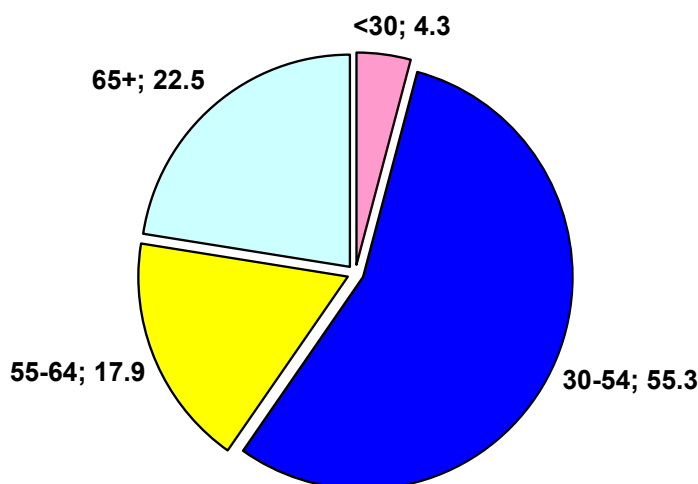


Рисунок 1 - Вживаність хворих на РШМ в різних країнах світу: а – європейське дослідження 1994-1996 рр.; б – на окремих континентах

В кінці 1990-х- на початку 2000-х років найбільш висока виживаність зареєстрована в США та Канаді - 88.5% і 86.0%, відповідно, в Австралії та Новій Зеландії рівень виживаності

хворих на РШМ складав 84.0% та 81.7%, значно нижчими були показники в Японії та у Великій Британії - 78.4% і 66.7%.

За період 2000-2010 роки в Україні було виявлено 56 224 хворих на РШМ, з них у віці до 30 років зареєстровано 4.3% (2 416) хворих, у віці 30-54 років - 55.3% (31 101) хворих, у віці 55-64 роки – 22.5% (10 066) хворих і група 65+ років - 17.9% (12 641) хворих (див. Рис. 2).

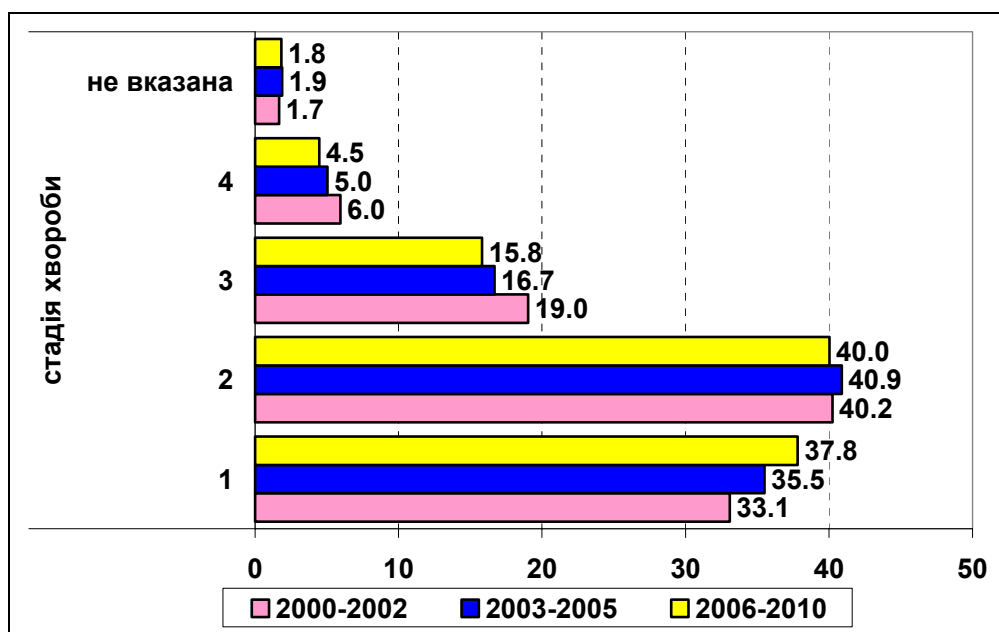


**Рисунок 2 - Вікова структура хворих на РШМ 2000-2010 рр., Україна (%) (за даними Національного канцер-реєстру, 2011 р.)**

Розподіл цих хворих на РШМ за стадією приведено в Табл. P2 і Рис. 3.

**Таблиця P2 - Розподіл хворих на РШМ 2000-2010 рр. за стадією захворювання, Україна (за даними Національного канцер-реєстру, 2011 р.)**

Роки захворювання	Стадія захворювання					Всього
	1	2	3	4	Не вказана	
	<b>Кількість хворих</b>					
<b>2000-2002</b>	4941	6011	2843	889	251	14935
<b>2003-2005</b>	5381	6196	2529	765	285	15156
<b>2006-2010</b>	9884	10463	4136	1171	479	26133
<b>2000-2010</b>	20206	22670	9508	2825	1015	56224
	<b>Питома вага, %</b>					
<b>2000-2002</b>	33.1	40.2	19.0	6.0	1.7	100.0
<b>2003-2005</b>	35.5	40.9	16.7	5.0	1.9	100.0
<b>2006-2010</b>	37.8	40.0	15.8	4.5	1.8	100.0
<b>2000-2010</b>	35.9	40.3	16.9	5.0	1.8	100.0
<b>Приріст (%)</b>	14.2	-0.5	-16.8	-25.0	5.9	



**Рисунок 3 - Розподіл хворих на РШМ 2000-2010 рр. за стадією захворювання, Україна (%) (за даними Національного канцер-реєстру, 2011 р.)**

Встановлено, що найбільшу частину хворих складають жінки з 1-ю стадією (35.9%) і 2-ю стадією хвороби (40.3%), 16.9% хворих з 3-ю стадією і лише 5% - це хворі з 4-ю стадією процесу. За період 2000-2010 рр. найбільше зросла питома вага хворих з 1-ю стадією хвороби – на 14.2%, питома вага хворих з 3-ю стадією зменшились на 16.8% і з 4-ю стадією – зменшилась на 25.0%. За цей період майже не змінилась питома вага хворих з 2-ю стадією та хворих, у яких стадія захворювання не встановлена.

Таким чином, більше ніж 70% виявлених в Україні в означений період хворих мали ранні стадії розвитку захворювання, при цьому знижувався показник занедбаності, що має позитивний прогностичний характер.

**В описане дослідження було включено вибірку хворих на РШМ 2000-2005 років встановлення діагнозу і виключено хворих з множинними ЗН;** розглянуто чинники, які можуть впливати на показники виживаності – стадія захворювання, проведення спеціального лікування, виявлення на профілактичних оглядах. Дослідження включало підрахунок та порівняння показників виживаності за різні періоди часу: від 1 місяця до 60 місяців (5 років) та темп їх приросту, як характеристику зміни кривої показника виживаності. Показник летальності до року в даному дослідженні вираховано як додаток до 1-річної виживаності, тобто на основі спостереження життєвого статусу кожної хворої із взятої вибірки.

Важливо розуміти, що як при розрахунках показників виживаності, так і показника летальності до року в даному разі необхідно мати інформацію про життєвий статус кожного хворого. Алгоритм розрахунку показника виживаності ґрунтується на аналізі персональних даних і оцінює тривалість життя хворих з моменту встановлення діагнозу до останньої дати спостереження (життя або смерті). Хворі, інформація про життєвий статус яких на момент дослідження невідома, виключаються з розрахунку показника. Розрахунок показника летальності до року без урахування цієї вимоги може дати хибні результати.

Результати проведеного дослідження виживаності жінок, що захворіли на РШМ в 2000-2002 і 2003-2005 роках, розподілених за стадією захворювання, наведені в Табл. Р3 і на Рис. 4.

Таблиця Р3 - Динаміка виживаності хворих на РШМ 2000-2002 та 2003-2005 рр. за стадією хвороби, Україна (за даними Національного канцер-реєстру, 2011 р.)

Групи хворих за стадією захворювання	Період часу	Кількість хворих	Показник виживаності (%)				
			12 місяців	24 місяці	36 місяців	48 місяців	60 місяців
1 стадія	2000-2002	4674	97.6	93.5	90.4	88.1	86.4
	2003-2005	5144	97.8	93.4	89.9	87.6	86.1
2 стадія	2000-2002	5804	84.3	66.9	58.8	55.1	51.8
	2003-2005	5981	83.8	66.3	57.9	53.0	50.7
3 стадія	2000-2002	2786	66.0	45.1	36.4	32.2	29.7
	2003-2005	2475	66.3	44.7	36.9	32.9	29.8
4 стадія	2000-2002	859	26.1	13.7	9.6	8.6	7.1
	2003-2005	741	28.0	14.5	10.4	8.5	7.8
Всі	2000-2002	14328	81.2	67.7	61.4	58.2	55.6
	2003-2005	14579	82.5	69.0	62.7	59.0	56.9

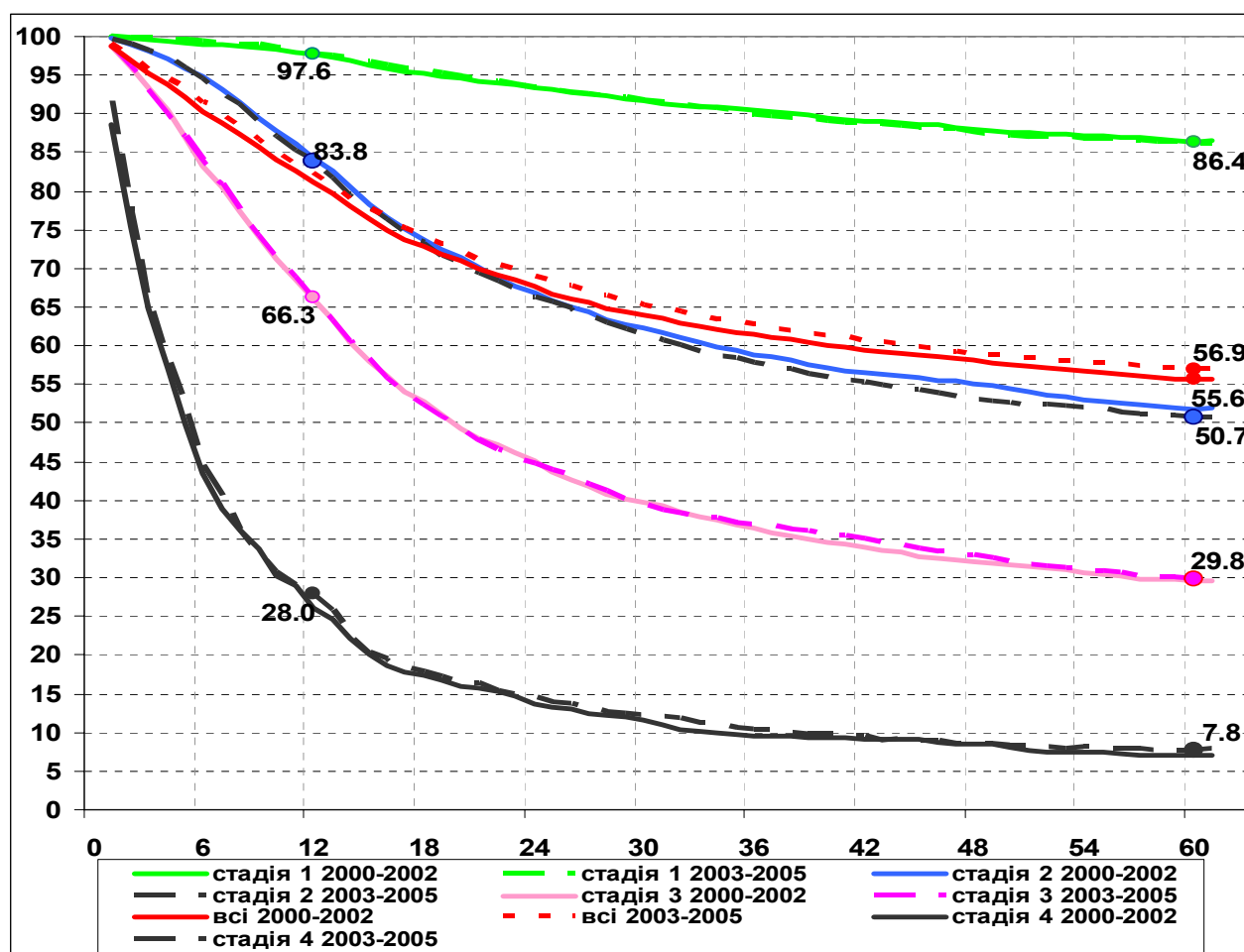


Рисунок 4 – Показники виживаності хворих на РШМ 2000-2002 та 2003-2005 рр. за стадією захворювання, Україна, % (за даними Національного канцер-реєстру, 2011 р.)

Отримані дані свідчать, що виживаність у порівняльних періодах майже не змінилась, не зважаючи на збільшення питомої ваги хворих в ранніх стадіях і зменшення занедбаності (див. **Табл. P3, P4**). Не змінилась виживаність груп хворих кожної стадії окремо, проте виявлена велика розбіжність між виживаністю хворих з різними стадіями. Так, виживаність хворих 2-ї стадії хвороби в 1.7 рази нижче, ніж у групи 1-ї стадії, виживаність групи 3-ї стадії - в 1.7 разів нижче, ніж у групи 2-ї стадії, виживаність хворих з 4-ю стадією в 4 рази нижче, ніж у групи з 3-ю стадією.

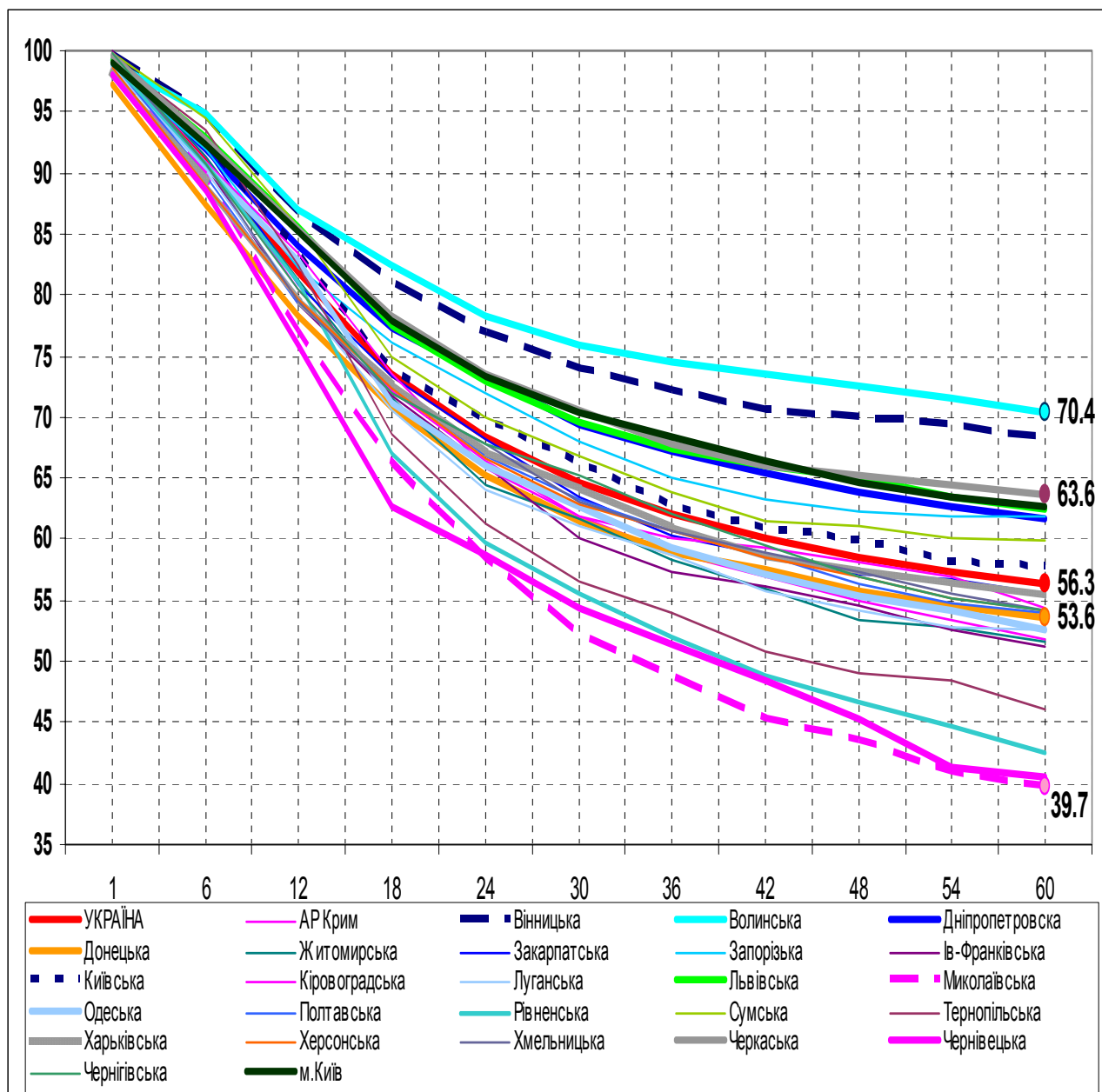
Встановлено, що 5-річна виживаність хворих на РШМ 2000-2002 рр. склала 55.6%, а у хворих 2003-2005 рр. – 56.9%; показник 1-річної виживаності при цьому складає 81.2% і 82.5%, відповідно, а показник летальності до року – 18.8% і 17.5%. П'ятирічна виживаність груп хворих 2000-2002 і 2003-2005 рр. з 1-ю стадією хвороби не змінилась (86.4% і 86.1%); протягом першого року помирає 2.4% і 2.2% хворих 1-ї стадії РШМ при 1-річній виживаності 97.6 і 97.8%. Майже половина групи хворих 2-ї стадії помирає через п'ять років при 5-річній виживаності 51.8% і 50.7%, а показник летальності до року цих груп хворих складає 15.7% та 16.2%. Тільки третина хворих з 3-ю стадією РШМ переживає 5 років - 29.7 і 29.8%, а 1-річна виживаність при цьому дорівнює 66.0% і 66.3%. При 4-й стадії РШМ 72% хворих 2003-2005 рр. помирає протягом року, а 5 років виживає лише 7.8% цих хворих. При тому, що 1-річна виживаність хворих 4-ї стадії дещо зросла (від 26.1% - у групі хворих 2000-2002 рр. до 28.0% - у групі хворих 2003-2005 рр.), проте 5-річна виживаність у цих групах залишилась незмінною (7.1% та 7.8%, відповідно).

В подальшому дослідимо ефективність надання онкологічної допомоги населенню в регіонах (див. **Табл. P4, Рис. 5**) з використанням показника виживаності, який в усьому світі визначається як інтегрований показник оцінки діагностичної, лікувальної та організаційної роботи в регіоні..

Як видно з наведених даних, показник виживаності хворих на РШМ значно відрізняється в окремих регіонах – від 70.4% в Волинській області до 40.6% та 39.7% - в Чернівецькій та Миколаївській.

За показниками 5-річної виживаності всі області України можна поділити на 3 групи: у першу групу з показниками виживаності понад 60% ввійшли Волинська, Вінницька, Черкаська, Львівська, Запорізька, Дніпропетровська області та м. Київ. До другої групи ввійшли області із значенням показника від 50% до 60%: Сумська, Київська, Закарпатська, Харківська, Кіровоградська, Хмельницька, Херсонська, Чернігівська, Полтавська, Донецька, Одеська, Луганська, Житомирська, Івано-Франківська області та АР Крим. Інші області ввійшли до третьої групи із значенням показників менше, ніж 50% - Тернопільська, Рівненська, Чернівецька, Миколаївська області.

В подальшому порівняння показників виживаності в окремих регіонах здійснювали на основі визначення темпу приросту, який визначає швидкість зміни показника відносно початкового рівня (в даному випадку - показника виживаності на 1-му місяці, де рівень виживаності майже однаковий).



**Рисунок 5 - Вживаність хворих на РШМ 2000-2005 рр. в регіонах України, (за даними Національного канцер-реєстру, 2011 р.)**

Однорічна виживаність хворих на РШМ знаходиться в межах від 75.8% до 87.0%. Волинська, Вінницька, Львівська, Сумська, Черкаська області та м. Київ мають 1-річну виживаність до 85%, в 11 регіонах: Дніпропетровській, Кіровоградській, Київській, Одеській, Тернопільській, Запорізькій, Житомирській, Рівненській, Закарпатській, Чернігівській областях та АР Крим вона знаходиться в межах 80%-84% і однорічну виживаність нижчу за 80% зареєстровано в Луганській, Херсонській, Харківській, Хмельницькій, Івано-Франківській, Полтавській, Донецькій, Миколаївській та Чернівецькій областях (м. Севастополь виключено з розгляду, оскільки показники виживаності в цьому регіоні мають дуже велику похибку і не можуть бути порівняні з іншими регіонами).

Таким чином, показник летальності до року хворих на РШМ в різних областях України в 2000-2005 роках знаходиться в межах 13.0% - 24.2%, з найменшим значенням в Волинській області і найбільшим – в Чернівецькій області (див. Рис. 6).

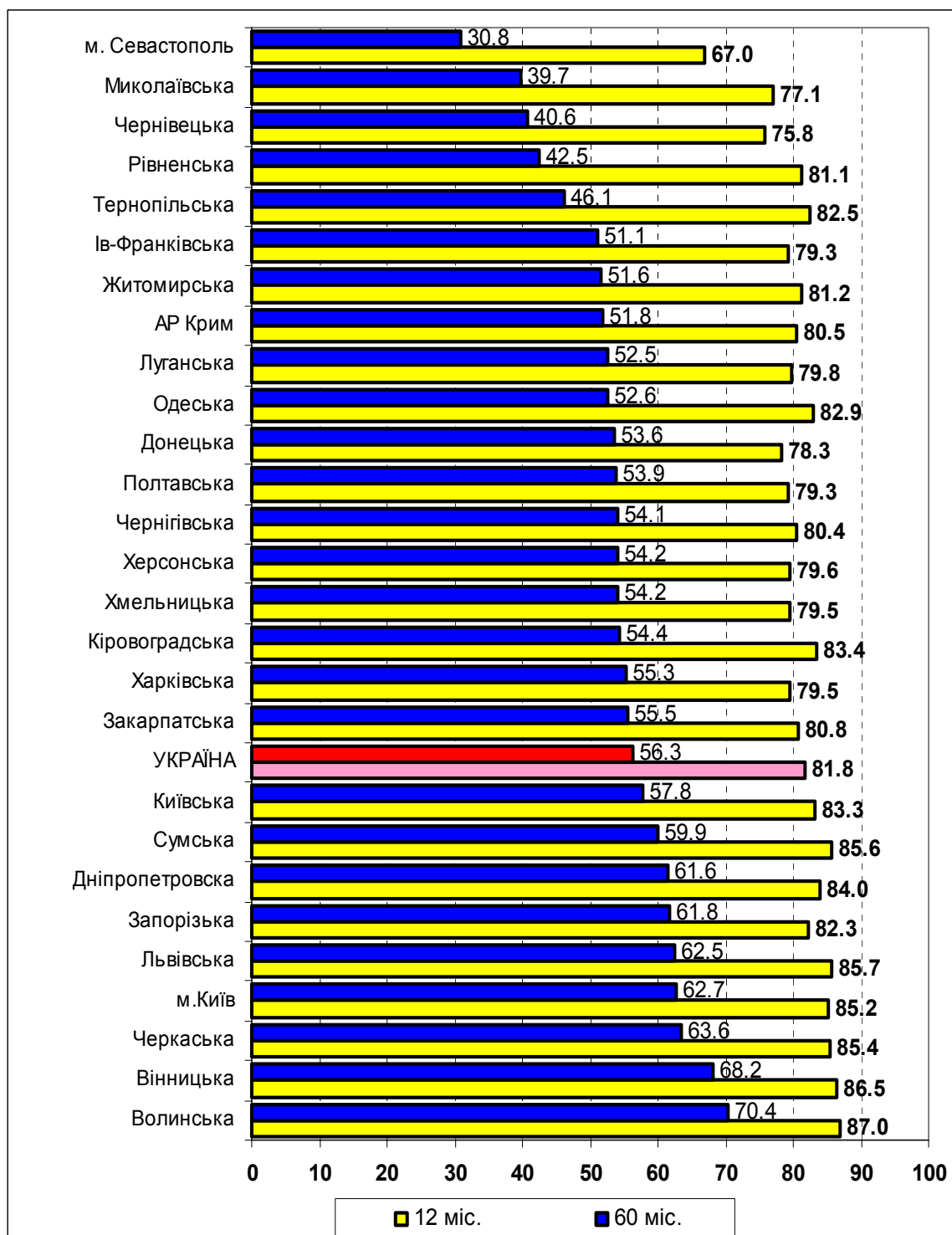
Таблиця Р4 - Вживаність хворих на РШМ 2000-2005 рр. в регіонах України (за даними Національного канцер-реєстру, 2011 р.)

Регіони України	Кількість хворих	Показник виживаності, %					Темп приросту показника, %
		12 місяців	24 місяці	36 місяців	48 місяців	60 місяців	
<b>УКРАЇНА</b>	<b>28907</b>	<b>81.8</b>	<b>68.3</b>	<b>62.0</b>	<b>58.6</b>	<b>56.3</b>	<b>-43.1</b>
АР Крим	1003	80.5	66.4	58.8	54.9	51.8	-47.9
Вінницька	1287	86.5	76.8	72.1	69.9	68.2	-31.5
Волинська	737	87.0	78.2	74.4	72.4	70.4	-28.8
Дніпропетровська	2258	84.0	73.4	67.1	63.9	61.6	-37.9
Донецька	2971	78.3	65.3	58.9	55.8	53.6	-44.8
Житомирська	959	81.2	64.5	58.3	53.3	51.6	-48.2
Закарпатська	680	80.8	68.3	60.3	57.1	55.5	-44.3
Запорізька	1091	82.3	72.0	65.0	62.4	61.8	-37.3
Ів.-Франківська	700	79.3	65.9	57.4	54.5	51.1	-48.8
Київська	1232	83.3	69.7	62.7	60.0	57.8	-41.9
Кіровоградська	658	83.4	65.7	60.0	58.2	54.4	-45.2
Луганська	1333	79.8	64.1	58.7	54.1	52.5	-46.9
Львівська	1620	85.7	72.9	67.5	65.1	62.5	-37.1
Миколаївська	862	77.1	58.3	48.6	43.4	39.7	-59.7
Одеська	2076	82.9	66.1	59.4	55.3	52.6	-46.8
Полтавська	951	79.3	66.9	60.7	56.4	53.9	-45.6
Рівненська	565	81.1	59.7	51.9	46.6	42.5	-57.1
Сумська	671	85.6	70.0	63.8	61.1	59.9	-40.0
Тернопільська	606	82.5	61.4	54.0	49.1	46.1	-53.6
Харківська	1573	79.5	67.0	60.9	57.4	55.3	-43.7
Херсонська	751	79.6	66.7	60.6	57.0	54.2	-45.1
Хмельницька	802	79.5	67.9	60.7	57.3	54.2	-45.5
Черкаська	851	85.4	73.6	67.8	65.2	63.6	-36.2
Чернівецька	464	75.8	58.6	51.4	45.2	40.6	-58.6
Чернігівська	640	80.4	67.7	62.1	56.9	54.1	-45.8
м. Київ	1350	85.2	73.3	68.4	64.6	62.7	-36.7
м. Севастополь	216	67.0	51.0	45.0	38.0	30.8	-68.4

Нагадаємо, що за показниками 5-річної виживаності всі області України можна поділити на 3 групи: з величиною показника більше 60%, від 60% до 50% і нижче 50%. У всіх регіонах першої групи відбувається повільне зниження показника виживаності відносно першого місяця, показник виживаності за 5 річний період знижується на 28.8%-37.9%, в другій групі спостерігається зниження показника на 40.0% - 48.8%, а в третій групі показник виживаності зменшується більше, ніж вдвічі (53.6%-59.7%).

Однорічна виживаність, а значить і летальність до року, мають незначне розсіювання значень порівняно з показниками 5-річної виживаності. Звернемо увагу, що в ряді областей при досить високих показниках 1-річної виживаності зареєстровано низькі показники 5-річної виживаності (див. **Рис. 6**).

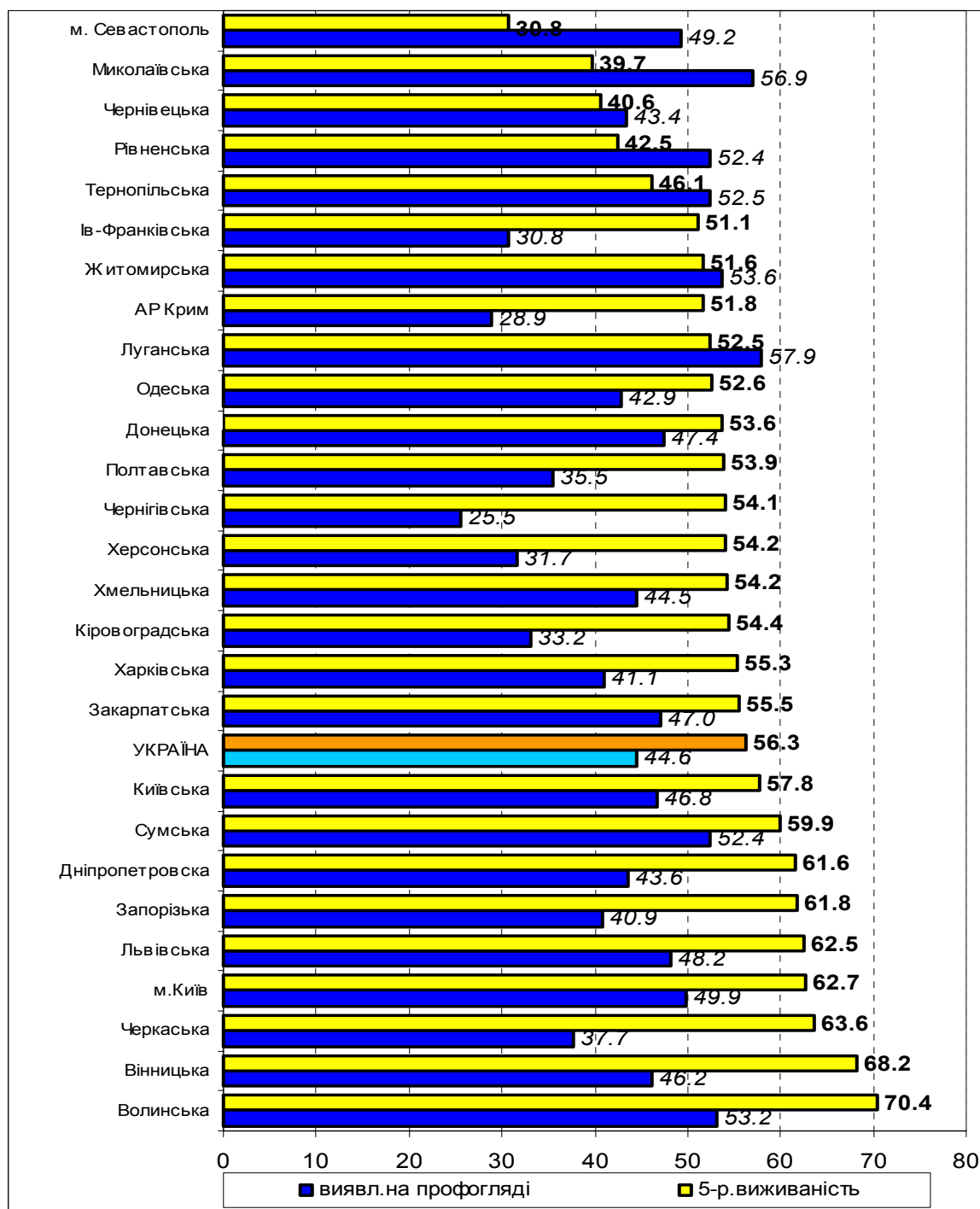




**Рисунок 6 - Співвідношення показників 1-річної та 5-річної виживаності хворих РШМ 2000-05 рр. за регіонами України, % (за даними Національного канцер-ресстру, 2011 р.)**

Так, в Тернопільській області 1-річна виживаність становила 82.5%, а 5-річна - 46.1%, в Рівненській – 81.1% та 42.5% відповідно, в Миколаївській – 77.1% та 39.7% і в Чернівецькій – 75.8% та 40.6%, що свідчить про низький рівень надання онкологічної допомоги хворим на РШМ в цих регіонах або ж про штучне завищення кількості хворих з ранніми стадіями хвороби.

Спробуємо оцінити вплив профілактичних оглядів на якість надання онкологічної допомоги хворим на РШМ. Для цього проведемо порівняння показника 5-річної виживаності з частотою виявлення хвороби на профілактичних оглядах (див. Рис. 7).



**Рисунок 7 - Порівняння показників 5-річної виживаності та виявлення хворих на профілактичних оглядах, (за даними Національного канцер-реєстру, 2011 р.)**

Приводом до такого порівняння є виявлення на профілактичних оглядах хворих з ранньою стадією захворювання, які мають кращий прогноз виживання, ніж хворі з занедбаною стадією. Але в областях з найбільшою виживаністю - Волинській (70.4%) та Вінницькій (68.2%) і в областях з низькою виживаністю - Миколаївській (39.7%) та

Чернівецькій (40.6%) рівень виявлення хворих на профілактичних оглядах суттєво не відрізняється - 53.2% і 46.2% та 56.9 і 43.4% відповідно. На **Рис. 7** приведено порівняння регіонів, де є високий рівень виявлення РШМ на профілактичних оглядах і при цьому низький показник 5-річного виживання, тобто прямої залежності між виявленням безсимптомних хворих на РШМ «в ранніх стадіях» на профілактичних оглядах і показником 5-річної виживаності не спостерігається.

Надалі розглянемо вплив на виживаність охоплення хворих спеціальним лікуванням. Щорічно близько шостої частини хворих на РШМ не отримують лікування. Проведемо порівняння виживаності хворих, які отримали спеціальне лікування з тими, хто його не отримав, а також виживаності хворих, яким проведено хірургічне лікування за радикальною програмою в онкологічній клініці, та тих, хто отримав таке лікування в клініці загальної лікувальної мережі (див. **Табл. Р5**). Спеціальним лікуванням вважаємо хірургічне, променеве, хіміотерапевтичне лікування або їх комбінацію за радикальною чи паліативною програмою. В категорію «радикально оперовані» ввійшли хворі, яким проведене радикальне лікування з хірургічною компонентою.

**Таблиця Р5 - Виживаність хворих на РШМ 2000-2005 рр. в залежності від проведення спеціального лікування, % (за даними Національного канцер-ресстру, 2011 р.)**

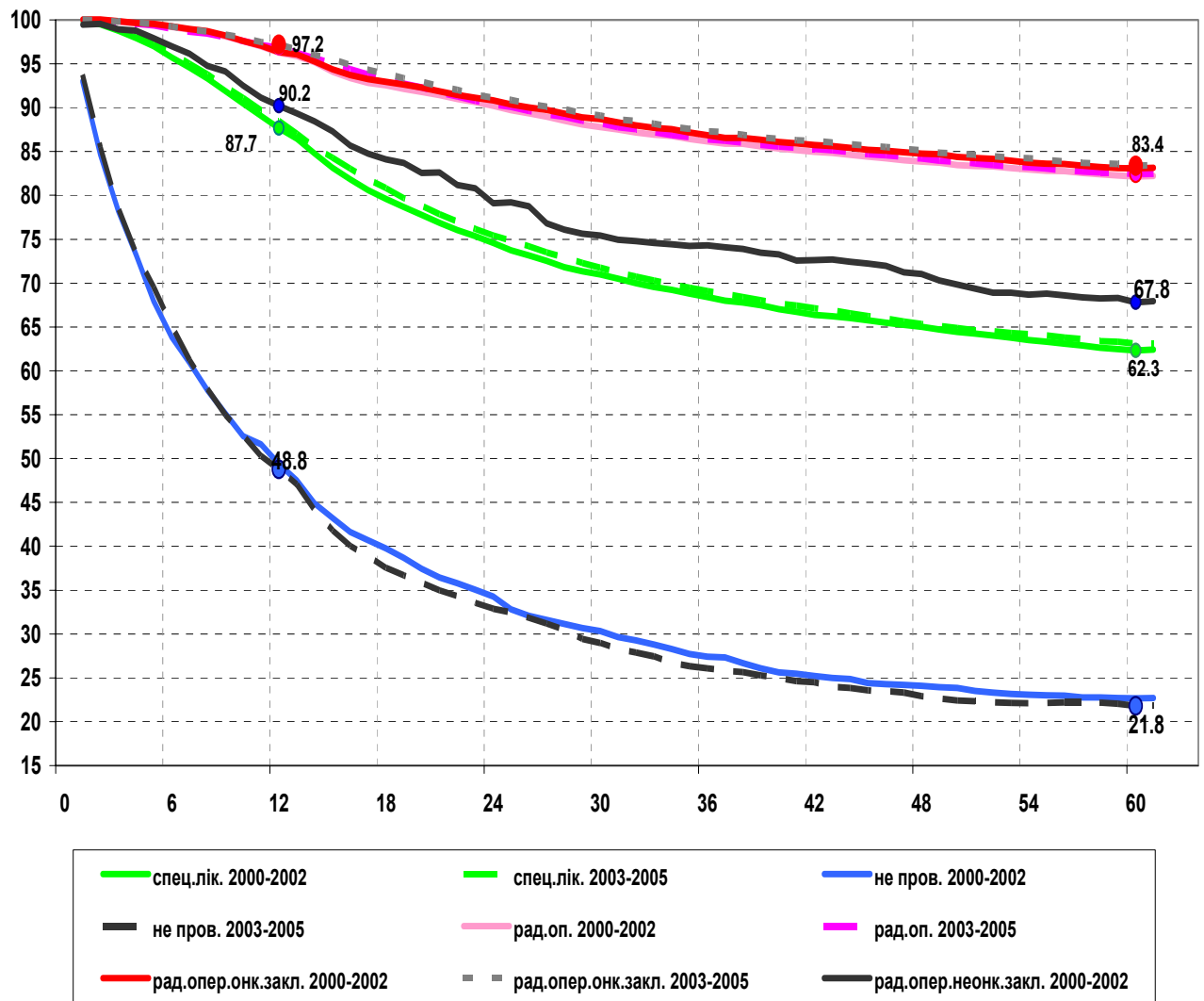
Категорії хворих	Роки захворювання	Кількість хворих	Показник виживаності (%)				
			12 міс.	24 міс.	36 міс.	48 міс.	60 міс.
Отримали спеціальне лікування	<b>2000-2002</b>	11415	87.7	74.6	68.4	65.0	62.3
	<b>2003-2005</b>	11910	88.5	75.4	69.1	65.3	63.1
Спеціальне лікування не проводилось	<b>2000-2002</b>	2370	49.4	34.3	27.4	24.1	22.7
	<b>2003-2005</b>	2151	48.8	32.9	26.1	22.9	21.8
Радикально оперовані	<b>2000-2002</b>	4780	96.3	90.2	86.2	83.9	82.1
	<b>2003-2005</b>	5498	96.9	90.4	86.4	84.2	82.4
Радикально оперовані в онкологічному закладі	<b>2000-2002</b>	4294	96.3	90.8	86.9	84.8	83.1
	<b>2003-2005</b>	5194	97.2	91.1	87.3	85.1	83.4
Радикально оперовані в загальній лікувальній мережі	<b>2000-2005</b>	443	90.2	79.1	74.3	71.1	67.8
Всього	<b>2000-2002</b>	14328	81.2	67.7	61.4	58.2	55.6
	<b>2003-2005</b>	14579	82.5	69.0	62.7	59.0	56.9

Якщо загальна виживаність захворілих на РШМ у 2000-2002 рр. та 2003-2005 рр. складала 55.6% та 56.9%, то виживаність хворих, які отримали будь-яке спеціальне (радикальне чи паліативне) лікування становить 62.3% та 63.1%. Найвища виживаність відмічена у групах хворих, яким проведено лікування за радикальною програмою з хірургічною компонентою: виживаність таких хворих 2000-2002 рр. становила 82.1%, у

хворих 2003-2005 рр. - 82.4%; летальність до року в цих групах становить 3.7% та 3.1% при 1-річній виживаності – 96.3% та 96.9%.

Вживаність хворих, які отримали хірургічне лікування в онкологічній клініці, становила 83.1% в групі захворілих на РШМ у 2000-2002 рр. та 83.4% - в групі хворих 2003-2005 рр., а виживаність хворих, яких прооперували в неонкологічних закладах, становила 67.8% (для всіх хворих 2000-2005 рр.). Найнижча виживаність спостерігається у хворих, які не отримали лікування – 22.7% та 21.8 (у відповідних групах), і майже половина таких хворих померла в перший рік після встановлення діагнозу.

Таким чином, виживаність хворих, які отримали спеціальне лікування, в 3 рази вища, ніж у тих, хто такого лікування не отримав.



**Рисунок 8 - Виживаність хворих на РШМ 2000-2005 рр. в залежності від проведення спеціального лікування, % (за даними Національного канцер-ресстру, 2011 р.)**

Оскільки найбільшу питому вагу хворих на РШМ мають жінки з 1-2-ю стадією хвороби, розглянемо ефективність надання онкологічної допомоги таким хворим в регіонах України (див. **Табл. Р6 та Рис. 9**). Зазначимо, що при 1-й стадії в п'яти областях України (Вінницькій, Волинській, Запорізькій, Дніпропетровській та Черкаській) 5-річна виживаність

становить більше 90%, в 10 регіонах – від 85% до 90%, а в 12 регіонах – від 70% до 85%. Вживаність хворих на РШМ 2-ї стадії значно нижча, ніж при 1-й стадії: тільки в Чернігівській області показник 5-річної виживаності вище 60%, в 9 регіонах (Київській, Закарпатській, Черкаській, Львівській, Вінницькій, Волинській, Запорізькій, Харківській, Херсонській областях та АР Крим) 5-річна виживаність знаходиться в межах від 55% до 60%, в 4 областях – Донецькій, Хмельницькій, Івано-Франківській та Полтавській - виживаність знаходиться в межах 50%-55%, а в інших регіонах 5-річна виживаність нижче 50%.

**Таблиця Р6 - Вживаність хворих на РШМ 2000-2005 рр. 1-ї та 2-ї стадії в регіонах України, (за даними Національного канцер-реєстру, 2011 р.)**

Регіони України	Кількість хворих		Показник виживаності(%)						Зміна показника (%)	
			1 рік		3 роки		5 років			
	1 ст.	2 ст.	1 ст.	2 ст.	1 ст.	2 ст.	1 ст.	2 ст.	1 ст.	2 ст.
<b>УКРАЇНА</b>	<b>9818</b>	<b>11785</b>	<b>97.7</b>	<b>84.1</b>	<b>90.2</b>	<b>58.3</b>	<b>86.3</b>	<b>51.2</b>	<b>-13.7</b>	<b>-48.6</b>
АР Крим	239	408	97.1	85.1	89.0	63.1	84.7	58.0	-15.3	-41.8
Вінницька	561	529	98.4	85.0	93.8	63.4	92.7	57.5	-7.2	-42.4
Волинська	349	288	97.2	84.3	95.0	62.5	92.0	57.6	-8.0	-42.3
Дніпропетровська	989	853	97.8	83.1	92.5	54.9	90.3	45.4	-9.5	-54.4
Донецька	742	1084	98.0	84.8	92.2	61.1	87.3	54.3	-12.5	-45.1
Житомирська	381	394	97.4	80.4	86.6	49.9	81.9	41.9	-18.1	-58.2
Закарпатська	118	376	95.1	87.3	89.7	62.8	87.4	56.5	-12.6	-43.6
Запорізька	425	369	97.9	84.9	92.2	62.2	90.6	58.4	-9.1	-40.9
Ів.-Франківська	212	269	94.7	84.4	86.1	59.6	82.6	51.4	-16.7	-48.7
Київська	390	542	99.0	84.6	90.0	61.4	86.6	56.3	-13.4	-43.9
Кіровоградська	223	318	98.4	84.4	88.5	53.2	85.0	46.2	-15.0	-53.7
Луганська	358	756	97.2	80.8	91.0	53.5	85.6	47.0	-14.3	-52.9
Львівська	693	527	98.1	88.0	90.6	64.4	88.2	57.5	-11.8	-42.6
Миколаївська	271	379	92.4	78.3	80.4	42.8	72.9	33.1	-26.9	-66.7
Одеська	779	774	99.2	85.4	86.1	55.8	81.7	45.8	-18.3	-54.0
Полтавська	251	467	100.0	81.4	93.3	58.4	88.3	50.2	-11.7	-49.7
Рівненська	207	279	96.8	79.3	80.7	42.6	73.3	31.2	-26.5	-68.6
Сумська	230	376	99.8	84.1	91.9	53.7	89.0	48.8	-11.0	-51.1
Тернопільська	266	240	96.9	82.1	82.1	41.1	75.7	30.4	-24.3	-69.5
Харківська	424	689	97.6	83.6	87.4	64.0	79.2	59.7	-20.5	-39.8
Херсонська	181	311	96.7	89.6	94.4	65.9	87.2	60.4	-12.8	-39.8
Хмельницька	200	417	95.5	80.6	84.4	60.7	82.4	53.0	-17.3	-46.7
Черкаська	386	226	98.3	91.6	93.3	64.2	90.9	57.4	-9.1	-42.7
Чернівецька	114	209	94.1	85.1	89.7	60.4	76.3	46.9	-23.7	-53.2
Чернігівська	155	212	98.0	91.4	89.7	72.9	80.4	67.6	-19.6	-32.6
м. Київ	617	416	97.7	81.6	91.6	54.1	87.7	46.1	-12.3	-53.6
м. Севастополь	57	77	96.6	93.9	97.8	65.9	80.2	47.4	-19.8	-52.7

Відносний приріст показника виживаності (його зниження) в Табл. Р6 оцінює швидкість зміни показника за період від 1-го місяця до 60-го місяця (5-ти років). Так, в Вінницькій, Волинській, Дніпропетровській, Запорізькій, Черкаській областях при високому рівні 1-річної виживаності хворих з 1-ю стадією хвороби зберігається високий рівень 5-річної виживаності, із швидкістю зниження не більше 10%. Але в Миколаївській, Рівненській,

Тернопільській, Харківській та Чернівецькій областях при достатньо високому рівні 1-річної виживаності відбувається різке зниження кривої виживаності зі зміною показника на 20%-30%.

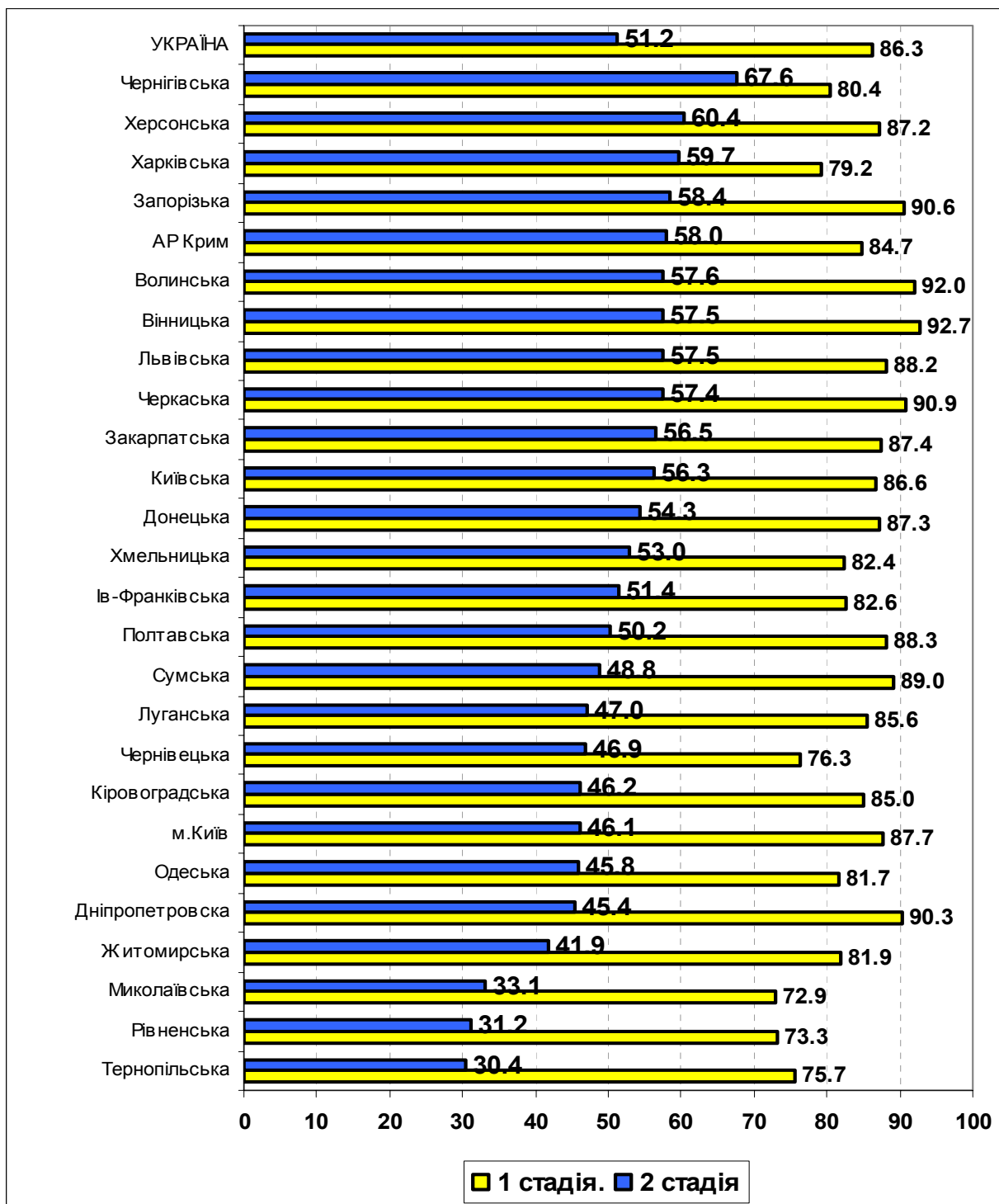


Рисунок 9 – Показники 5-річної виживаності хворих 2000-2005 рр. 1-ї та 2-ї стадії в регіонах України, % (за даними Національного канцер-реєстру, 2011 р.)

У хворих 2-ї стадії Чернігівської, Харківської та Херсонської областей, де зберігається високий рівень як 1-річної, так і 5-річної виживаності, рівень зниження показника відносно 1-го місяця був до 40%. В Дніпропетровській, Житомирській, Кіровоградській, Луганській, Миколаївській, Одеській, Рівненській, Сумській, Тернопільській, Чернівецькій областях та

## Вживаність хворих на рак шийки матки

м. Київ і Севастополь показник 1-місячної виживаності зменшився на 50% і більше, й отримано низькі показники 5-річної виживаності.

Вживаність хворих, яким взагалі не проведено спеціального лікування, не перевищує 22.7% і 21.8% у різні періоди (Табл. Р5).

За період 2000-2010 рр. щорічно не отримували спеціального лікування 750-900 жінок з РШМ (див. Табл. Р7); загалом за цей період зареєстровано 8813 жінок, що не отримали лікування. Серед всіх хворих, яким встановлена 4-а стадія захворювання на РШМ, за весь період спостереження 56.8% хворих не отримало лікування - від 66.2% в 2000 р. до 45.9% - в 2010 р.

**Таблиця Р7 – Питома вага хворих на РШМ 2000-2010 рр., яким не проведено спеціальне лікування (за даними Національного канцер-реєстру, 2011 р.)**

Роки захворювання	Стадія захворювання					Вікова група				
	1	2	3	4	Не вказана	< 30	30-54	55-64	65+	Всього
<b>Кількість хворих</b>										
<b>2000</b>	179	299	165	186	53	26	328	156	372	882
<b>2001</b>	157	289	172	195	46	25	299	136	399	859
<b>2002</b>	198	325	166	177	44	30	361	122	397	910
<b>2003</b>	195	291	117	158	45	27	304	129	346	806
<b>2004</b>	169	295	139	154	67	24	304	123	373	824
<b>2005</b>	176	281	136	136	44	23	308	120	322	773
<b>2006</b>	152	293	151	119	52	23	305	130	309	767
<b>2007</b>	187	256	113	142	46	23	306	116	299	744
<b>2008</b>	188	278	123	120	55	27	327	139	271	764
<b>2009</b>	171	288	107	117	51	25	291	114	304	734
<b>2010</b>	194	274	114	102	66	23	288	154	285	750
<b>2000-2010</b>	1966	3169	1503	1606	569	276	3421	1439	3677	8813
<b>Питома вага (%)</b>										
<b>2000</b>	11.3	15.3	16.8	66.2	53.0	11.6	13.0	15.8	32.0	18.0
<b>2001</b>	9.5	14.4	18.9	67.0	59.7	10.7	11.7	14.9	32.8	17.4
<b>2002</b>	11.6	15.8	17.4	55.8	58.7	12.0	13.4	14.2	30.3	17.8
<b>2003</b>	11.3	14.0	13.8	60.1	53.6	12.4	11.0	16.1	28.5	16.1
<b>2004</b>	9.4	14.2	15.9	56.6	62.0	9.7	10.8	14.5	30.2	16.0
<b>2005</b>	9.5	13.8	16.8	59.1	45.4	10.1	11.0	14.6	27.9	15.4
<b>2006</b>	8.3	13.9	17.3	50.4	54.2	11.4	10.4	15.1	26.7	14.9
<b>2007</b>	9.2	12.2	14.5	55.5	54.1	10.0	10.3	12.6	26.7	14.2
<b>2008</b>	9.3	13.0	14.2	50.4	48.2	12.6	10.4	14.3	26.3	14.2
<b>2009</b>	8.7	14.2	13.0	53.4	53.7	12.1	10.1	11.5	29.5	14.3
<b>2010</b>	9.6	13.1	14.4	45.9	57.9	14.0	9.6	14.2	28.3	14.3
<b>2000-2010</b>	9.7	14.0	15.8	56.8	54.4	11.4	11.0	14.3	29.1	15.7

Зазначимо, що загалом не отримали лікування серед захворівших у 2000-2010 рр. 9.7% жінок з 1-ю стадією РШМ, 14.0% - з 2-ю стадією та 15.8% - з 3-ю стадією, що суттєво впливає на перебіг життя цих хворих.

Переважну частину таких хворих склали жінки віком 65+ років. Серед всіх хворих цієї категорії 29.1% не отримали лікування. Приблизно однакова частина хворих, що не отримали лікування, у вікових групах до 30 років, 30-54 та 55-64 років – 11.4%, 11.0% та 14.3%, відповідно.

Таким чином, тільки 76.4% захворівших на РШМ у 2000-2002 рр. і 78.6% тих, хто захворів у 2003-2005 рр., отримали спеціальне лікування. Із всіх захворівших тільки третині (32.0% - в 2000-2002 рр. і 36.3% - в 2003-2005 рр.) проведено радикальне лікування з хірургічним компонентом, хоча хворих, які мали 1-2 стадію захворювання, було 73.3% і 76.4%, відповідно. Крім того, декларовані зміни в покращенні діагностики РШМ не привели до якісних змін в результатах онкологічної допомоги; зростання питомої ваги хворих, виявлених на ранніх стадіях хвороби, не привело до зростання їх виживаності. В багатьох областях при високому показнику 1-річної виживаності та низькій летальності до року спостерігається низький показник 5-річної виживаності, що найвірогідніше пов'язано зі штучним заниженням стадії захворювання, не виключається також низький рівень надання онкологічної допомоги хворим на РШМ.

Проведений аналіз стану захворюваності на РШМ та організації онкологічної допомоги хворим цієї категорії свідчить про непоправну шкоду, яку надає система рейтингових показників об'єктивності інформації про онкологічну ситуацію. Ця система провокує нівелювання та штучне «поліпшення» показників так, що замість вживання дієвих заходів до покращення надання медичної допомоги хворим на рак іде боротьба за підняття будь-якою ціною рейтингових показників «соціалістичного змагання» регіонів.