

**ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ВИЖИВАНOSTІ ХВОРИХ НА ЗЛОЯКІСНІ
НОВОУТВОРЕННЯ 2002-2004 І 2005-2007 РР. В УКРАЇНІ**

З метою оцінки ефективності онкологічної допомоги населенню в Україні та її регіонах проведено порівняльний аналіз показників відносної виживаності осіб, що захворіли на злоякісні новоутворення (ЗН) в 2002-2004 і 2005-2007 рр., за такими нозологічними групами захворювань: всі ЗН (C00-C96), солідні ЗН (C00-C75), злоякісні лімфоми й інші злоякісні імунпроліферативні захворювання (C81-C88) та лейкомії (C91-C95) з використанням бази даних Національного канцер-реєстру України (НКР). Дослідження зміни виживаності хворих на ЗН було проведено також на рівні регіонів України. Для оцінки ефективності лікування проведено аналіз виживаності хворих на солідні ЗН, що отримали спеціальне лікування, і хворих, які отримали хірургічне лікування за радикальною програмою у складі комплексного лікування або як самостійний метод. При розрахунку показників відносної виживаності було використано інтервальний метод з кроком 1 місяць. Порівняння показників було проведено із врахуванням їх похибок, тобто наявності чи відсутності статистично достовірної різниці або приросту показника всюди констатовано з рівнем значущості $p=0,05$.

Наведені матеріали мають також методичне значення і призначені для допомоги фахівцям, які використовують показники виживаності у своїй роботі. При аналізі виживаності когорти хворих, як і будь-якого іншого статистичного показника, розглядають як саму величину показника, яка є оцінювальним значенням ступеню виживаності хворих, так і похибку, що характеризує точність цієї оцінки і використовується для розрахунку довірчого інтервалу показника. В медичних дослідженнях найбільш прийнятним є 95% довірчий інтервал; ще більший ступінь достовірності представляє 99% довірчий інтервал. 95% довірчий інтервал – це діапазон значень, до якого з вірогідністю 95% потрапляє істинний показник виживаності когорти хворих. Вірогідність того, що значення показника істинної виживаності знаходиться за межами довірчого інтервалу, складає відповідно 5%; цю межу також прийнято називати **рівнем статистичної достовірності показника (його значущості) і позначати $p=0,05$** . При порівнянні показників необхідно впевнитись, що їх різниця не зумовлена випадковими факторами, тобто також аналізувати рівень статистичної достовірності різниці, або визначати наявності чи відсутності різниці за вибраним рівнем статистичної значущості.

За даними НКР у 2002-2012 рр. в Україні захворіло на ЗН 1 814 786 хворих, з яких 48,5% хворих - чоловіки і 51,5% - жінки. Структура захворюваності за нозологічними групами ЗН у чоловіків і жінок протягом цього періоду практично не змінювалась. Найбільшу питому вагу в структурі захворюваності на ЗН як чоловіків, так і жінок, складає група ЗН органів травлення (C15-C26) – 28,5% та 22,5% відповідно (Табл. В1, Рис. В1).

**Таблиця В1 - Структура захворюваності на ЗН за нозологічними групами,
2002-2012 рр., Україна**

Код МКХ-10	Нозологічні групи ЗН	Чоловіки		Жінки	
		кількість	%	кількість	%
C00-C96	Всі ЗН	880944	100,0	933842	100,0
C00-C14	ЗН губи, ротової порожнини та глотки	53071	6,0	12177	1,3
C15-C26	ЗН органів травлення	250649	28,5	209736	22,5
C30-C39	ЗН органів дихання	201142	22,8	40879	4,4
C40-C41	ЗН кісток та суглобів	3589	0,4	2915	0,3
C43-C44	ЗН шкіри	100695	11,4	139560	14,9
C45-C49	ЗН мезотеліальної та м'яких тканин	11010	1,2	12434	1,3
C50	ЗН молочної залози	1562	0,2	183939	19,7
C51-C58	ЗН жіночих статевих органів	-	-	192292	20,6
C60-C63	ЗН чоловічих статевих органів	81091	9,2	-	-
C64-C68	ЗН сечових органів	81440	9,2	34105	3,7
C69-C72	ЗН головного мозку та інших відділів ЦНС	15977	1,8	15005	1,6
C73-C75	ЗН щитовидної залози та інших ендокринних залоз	6490	0,7	25440	2,7
C76-C80	ЗН неточно визначених, вторинних та неуточнених локалізацій	27952	3,2	21294	2,3
C81-C96	ЗН лімфоїдної, кровотворної та споріднених їм тканин	46276	5,3	44066	4,7

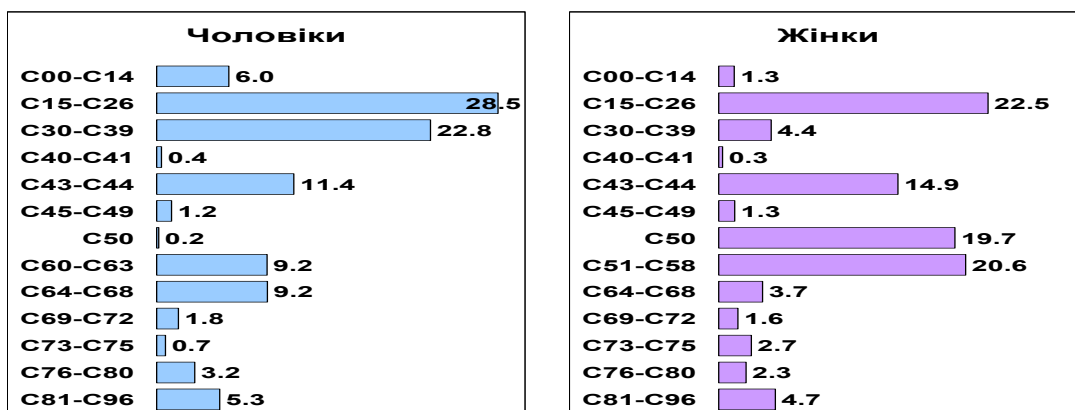


Рисунок В1 - Структура захворюваності на ЗН за нозологічними групами, 2002-2012 рр., Україна

У чоловіків на другому і третьому місцях в структурі була група ЗН органів дихання (С30-С39) – 22,8% та ЗН шкіри (С43-С44) – 11,4%; значними за об'ємом були групи ЗН чоловічих статевих органів (С60-С63) – 9,2% та ЗН сечових органів (С64-С68) – 9,2%. У жінок другою за питомою вагою була група ЗН жіночих статевих органів (С51-С58) – 20,6%, третьою - ЗН молочної залози (С50) – 19,7%; група ЗН шкіри (С43-С44) налічувала 14,9% хворих жінок. Захворювання на системні ЗН лімфоїдної, кровотворної та споріднених тканин склали 5,3% у чоловіків і 4,7% у жінок; ЗН неточно визначених та невизначених первинних локалізацій (С76-С80) налічували в структурі захворюваності чоловіків 3,2%, у жінок - 2,3%; загальна питома вага захворювань на солідні ЗН (С00-С75) складала 91,5% у чоловіків та 93,0% у жінок.

У дослідженні виживаності було використано дані про 925 657 осіб з захворюваннями на ЗН, встановленими у періоди 2002-2004 і 2005-2007 рр.; обчислено показники відносної виживаності окремих груп захворілих на солідні ЗН (С00-С75) загальною кількістю 415 298 чоловіків і 438 453 жінок, груп захворілих на злоякісні лімфоми (С81-С88) - загалом 18 915 осіб і груп захворілих на лейкомії (С91-С95) – загалом 22 434 особи (Табл. В2).

Таблиця В2 – Показники виживаності хворих на солідні та системні ЗН 2002-2004 і 2005-2007 рр., Україна (%)

Група ЗН (код МКХ-10)	Когорта хворих за статтю та роком захворювання		Кількість хворих	Тривалість життя (роки спостереження)				
				1	2	3	4	5
Всі ЗН (С00-С96)	2002-2004	ч	226933	54,1 ± 0,2	42,0 ± 0,2	37,5 ± 0,2	35,0 ± 0,2	33,4 ± 0,2
	2005-2007	ч	226847	56,2 ± 0,2	44,3 ± 0,2	39,5 ± 0,2	36,9 ± 0,2	35,0 ± 0,3
	Статистично достовірний абсолютний приріст показника (p≤0,05)			2,1	2,3	2,0	1,9	1,6
	2002-2004	ж	232307	71,7 ± 0,2	61,7 ± 0,2	56,9 ± 0,2	53,7 ± 0,2	51,5 ± 0,2
	2005-2007	ж	239570	73,6 ± 0,2	63,9 ± 0,2	58,8 ± 0,2	55,5 ± 0,2	53,0 ± 0,2
	Статистично достовірний абсолютний приріст показника (p≤0,05)			1,9	2,2	1,9	1,8	1,5
Солідні ЗН (С00-С75)	2002-2004	ч	208186	54,7 ± 0,2	42,4 ± 0,2	37,9 ± 0,2	35,5 ± 0,3	34,0 ± 0,3
	2005-2007	ч	207112	57,0 ± 0,2	44,8 ± 0,2	40,1 ± 0,3	37,6 ± 0,3	35,8 ± 0,3
	Статистично достовірний абсолютний приріст показника (p≤0,05)			2,3	2,4	2,2	2,1	1,8
	2002-2004	ж	216087	73,0 ± 0,2	63,1 ± 0,2	58,2 ± 0,2	55,1 ± 0,2	52,9 ± 0,3
	2005-2007	ж	222366	75,1 ± 0,2	65,4 ± 0,2	60,3 ± 0,2	57,0 ± 0,2	54,5 ± 0,3
	Статистично достовірний абсолютний приріст показника (p≤0,05)			2,1	2,3	2,1	1,9	1,6
Злоякісні лімфоми та інші імунопроліферативні захворювання (С81-С88)	2002-2004	ч+ж	9437	70,9 ± 1,0	60,2 ± 1,1	55,1 ± 1,1	51,8 ± 1,1	48,8 ± 1,1
	2005-2007	ч+ж	9478	72,0 ± 1,0	61,8 ± 1,1	56,4 ± 1,1	52,3 ± 1,1	48,8 ± 1,2
	Статистично достовірний абсолютний приріст показника (p≤0,05)			-	-	-	-	-
Лейкемії (С91-95)	2002-2004	ч+ж	11292	60,3 ± 1,0	50,4 ± 1,0	44,7 ± 1,0	40,2 ± 1,0	35,5 ± 1,0
	2005-2007	ч+ж	11142	62,3	53,6	47,5	42,8	38,5
	Статистично достовірний абсолютний приріст показника (p≤0,05)			-	3,1	-	-	3,0

Виживаність першого року у чоловічого населення становила 54,1% у когорті захворілих на всі ЗН (C00-C96) у 2002-2004 рр. та 56,2% - у когорті 2005-2007 рр., тобто протягом першого року померло 45,9% чоловіків, захворілих у 2002-2004 рр., а серед захворілих у 2005-2007 рр. - 43,8% чоловіків. За роки дослідження показник 1-річної виживаності чоловіків зріс на 2,1%, виживаність другого року поліпшилась на 2,3%, і майже такого ж приросту дістали показники виживаності 3-х і 4-х років. До п'ятого року дожили 33,4% захворілих в 2002-2004 рр. та 35,0% хворих 2005-2007 рр., тобто на п'ятому році спостереження абсолютний приріст показника виживаності складав 1,6%.

Виживаність жінок, хворих на всі ЗН, була вищою, ніж у чоловіків, і становила в перший рік спостереження з моменту захворювання 71,7% та 73,6% відповідно в когортах 2002-2004 і 2005-2007 рр., тобто зросла на 1,9%, і майже таке ж зростання спостерігалось і в подальші роки спостереження. П'ятирічна виживаність у жінок когорти 2002-2004 рр. становила 51,5%, в когорті 2005-2007 рр. - 53,0%, тобто зросла на 1,5%.

З врахуванням похибки показників можна констатувати статистично достовірне зростання виживаності як чоловіків, так і жінок на усіх інтервалах спостереження з моменту виявлення захворювання. Показники виживаності чоловіків у 1,3-1,5 рази нижчі, ніж у жінок, перш за все за рахунок високої питомої ваги швидкоплинних ЗН трахеї, бронхів та легені, які складають більше 20% у структурі ЗН чоловіків (Рис. В2).

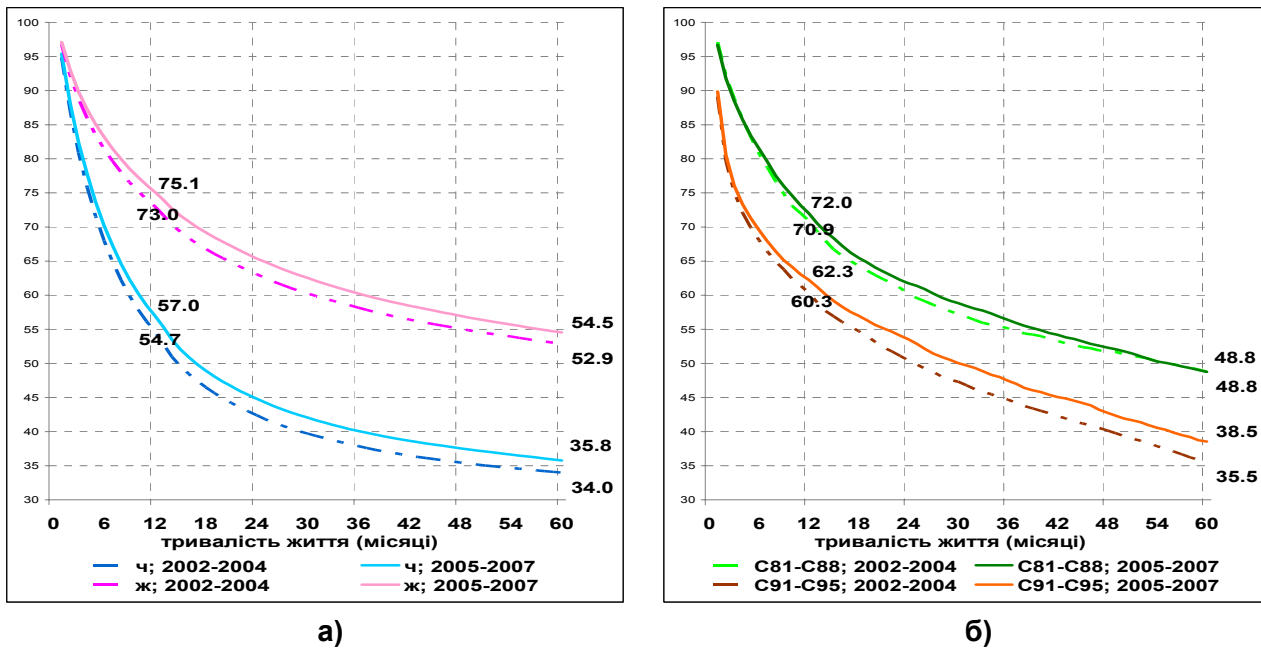


Рисунок В2 - Виживаність хворих на (а) солідні ЗН (C00-C75), (б) ЗН лімфоїдної тканини (C81-C88) та лейкозії (C91-C95), 2002-2004 і 2005-2007 рр., %

Виживаність хворих на солідні ЗН (C00-C75) була вищою, ніж у відповідних когортах хворих на всі ЗН, на 0,5-0,8% у чоловіків та 1,3-1,5% у жінок переважно у зв'язку з відсутністю в них груп хворих на вторинні та анонімні ЗН (3,2% ЗН у чоловіків і 2,3% у жінок), які складаються в основному з хворих із метастатичними ЗН. За роки дослідження відбувся достовірний абсолютний приріст показників виживаності хворих на солідні ЗН чоловіків в межах 1,8-2,4% на різних роках спостереження з моменту виявлення захворювання; у жінок це зростання складало 1,6-2,3%.

Показник 1-річної виживаності хворих на ЗН лімфоїдної тканини (C81-C88) зріс на 1,1%, на 5-му році спостереження він залишився незмінним, але похибка показників виживаності цієї групи хворих складала 1,0-1,2%, тобто зміна рівня виживаності таких хворих відбулась в межах похибки і була статистично недостовірною.

В когортах захворілих на лейкозії (C91-C95) спостерігалось поліпшення виживаності на кожному інтервалі спостереження з моменту виявлення захворювання. Так, 1-річна

виживаність цих хворих зросла на 1,9%: з 60,3% до 62,2%, виживаність другого-п'ятого років спостереження з моменту виявлення захворювання зросла на 2,7-3,1%, але статистично достовірними слід вважати прирости тільки показників 2-річної і 5-річної виживаності.

Дослідження зміни величини показника виживаності хворих на ЗН було проведено також на рівні регіонів України. Показники відносної виживаності порівнювалися у когортах чоловіків та жінок, що захворіли на ЗН у 2002-2004 і 2005-2007 рр. Водночас була досліджена статистична достовірність різниці рівнів виживаності когорти хворих 2005-2007 рр. у регіонах та в Україні в цілому. Порівняння показників проведено з урахуванням похибки, з рівнем значущості $p=0,05$.

Однорічна виживаність чоловіків, хворих на солідні ЗН (C00-C75) в Україні, достовірно зросла за період дослідження на 2,3% і дорівнювала 57,0% в когорті 2005-2007 рр. (Табл. В3). Найбільший достовірний абсолютний приріст цього показника зареєстровано у Тернопільській і Херсонській областях (5,7-6,0%). Статистично достовірне перевищення пересічної по Україні 1-річної виживаності спостерігалось у населення Вінницької, Київської, Одеської, Сумської, Харківської областей та м. Київ. Нижчу за середньоукраїнську 1-річну виживаність мали хворі на солідні ЗН чоловіки Дніпропетровської, Житомирської, Закарпатської, Луганської, Рівненської, Чернівецької областей і м. Севастополь.

Достовірно вищим за середньоукраїнський був рівень 5-річної виживаності хворих на солідні ЗН чоловіків у м. Київ, Одеській, Запорізькій, Харківській, Волинській, Сумській і Вінницькій областях (38,2-51,1%) (Рис. В3). Найгірша виживаність з рівнем 5-річного показника нижче 25% спостерігалась у Рівненській, Чернівецькій, Житомирській, Миколаївській та Тернопільській областях; достовірно нижчим за пересічний в Україні був також рівень 5-річної виживаності хворого на солідні ЗН чоловічого населення Донецької, Закарпатської, Луганської, Полтавської, Чернігівської областей і м. Севастополь. Співвідношення найвищого та найнижчого рівнів виживаності хворих на солідні ЗН чоловіків у регіонах сягало 3,3 рази.

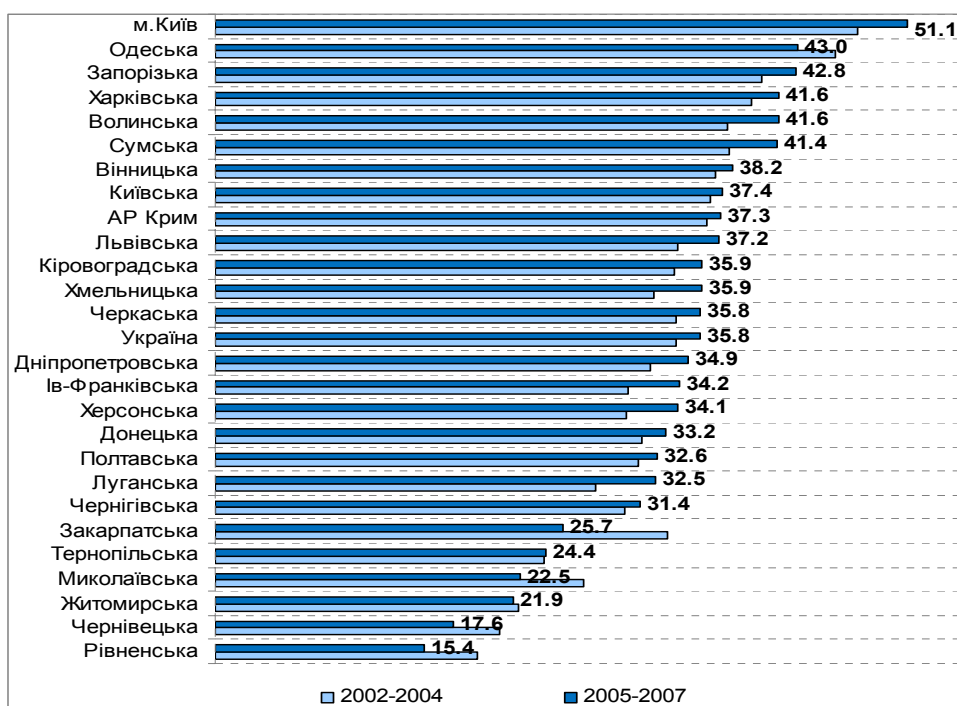


Рисунок В3 – П'ятирічна виживаність хворих на солідні ЗН (C00-C75) 2002-2004 і 2005-2007 рр., чоловіки (%)

Статистично достовірний абсолютний приріст показника 5-річної виживаності хворих на солідні ЗН чоловіків за період дослідження зареєстровано в Україні в цілому (1,8%), Дніпропетровській (2,8%), Луганській (4,4%) областях та м. Київ (3,7%); достовірно знизився цей показник в Закарпатській (-7,7%) і Миколаївській (-4,6%) областях.

Однорічна виживаність хворих на солідні ЗН жінок України за період дослідження статистично достовірно зросла на 2,1% і в когорті захворілих у 2005-2007 рр. становила 75,1% (Табл. В4). Найбільший достовірний абсолютний приріст цього показника зареєстровано у Тернопільській (7,1%), Херсонській (5,0%), Рівненській (4,9%) та Хмельницькій (4,0%) областях. Статистично достовірно вищою за пересічну по Україні була однорічна виживаність жіночого населення Вінницької, Волинської, Київської, Одеської, Сумської областей і м. Київ; достовірно нижче середньоукраїнського були показники 1-річної виживаності хворих на солідні ЗН жінок у Донецькій, Житомирській, Луганській, Рівненській, Чернівецькій областях і в м. Севастополь.

Найвищі рівні 5-річної виживаності (понад 60%) у хворих на солідні ЗН жінок спостерігались в м. Київ, Волинській, Сумській та Київській областях; статистично значущим було перевищення середньоукраїнського рівня 5-річної виживаності також у Вінницькій, Запорізькій і Харківській областях. Водночас у Чернівецькій та Рівненській областях показники 5-річної виживаності жінок були вдвічі меншими (29,7-30,8%); також статистично нижче середньоукраїнського рівня була 5-річна виживаність у хворих на солідні ЗН жінок Донецької, Житомирської, Закарпатської, Миколаївської, Тернопільської областей та м. Севастополь (Рис. В4).

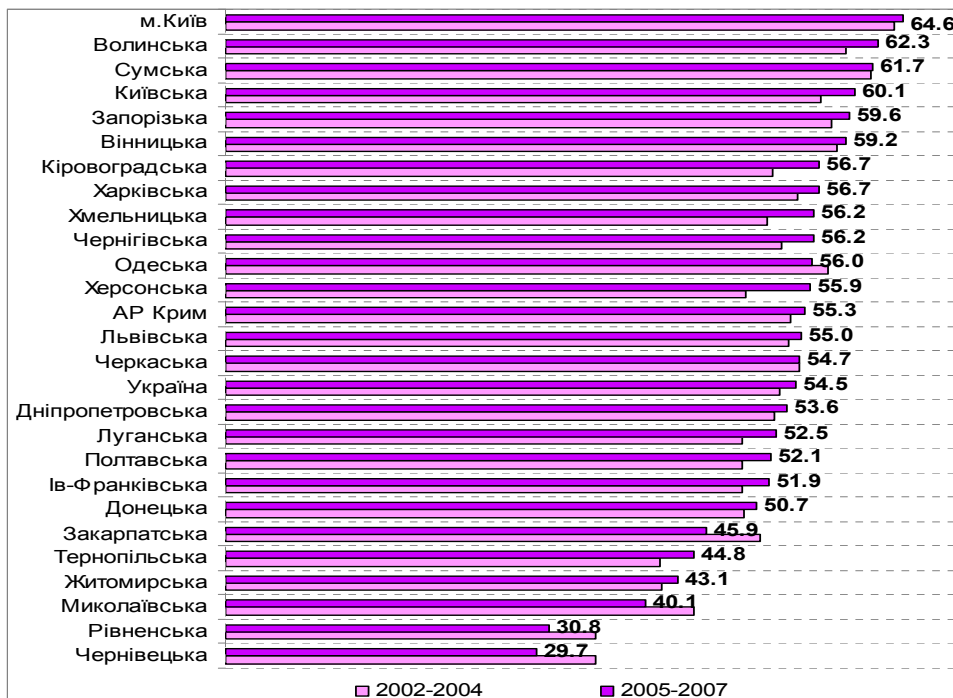


Рисунок В4 - П'ятирічна виживаність хворих на солідні ЗН (С00-С75) 2002-2004 і 2005-2007 рр., жінки (%)

За період дослідження в Херсонській, Хмельницькій, Кіровоградській, Луганській областях і в Україні в цілому зареєстровано статистично значуще зростання показника 5-річної виживаності жінок, хворих на солідні ЗН.

Виживаність хворих на ЗН лімфоїдної тканини (С81-С88) за період дослідження при урахуванні похибки показників статистично достовірно не змінилась ані в окремих регіонах, ані в Україні в цілому (Табл. В5, Рис. В5). Впродовж першого року хвороби в Україні вмирало близько 30% таких хворих, а через 5 років - більше 50%. Статистично значущих відмінностей між рівнем 1-річної виживаності хворих на ЗН лімфоїдної тканини в регіонах та в Україні в цілому не виявлено. Достовірно нижчий за пересічний по Україні показник 5-річної виживаності зареєстровано у хворих на ЗН лімфоїдної тканини Житомирської, Закарпатської та Рівненської областей.

За період дослідження 1-річна виживаність хворих на лейкемії в Україні досягла 62,3%, 5-річний показник достовірно зріс на 3,0% і досяг значення 38,5% (Табл. В6). При врахуванні

великих значень похибки, обумовлених малою чисельністю груп таких хворих, розмір приросту показника нівелювався, тому можна констатувати статистично достовірне зростання показника 1-річної виживаності тільки у хворих Дніпропетровської області, де абсолютний приріст склав 9,4%, а також показника 5-річної виживаності хворих України в цілому; в інших регіонах зміни показників фактично не відбулося.

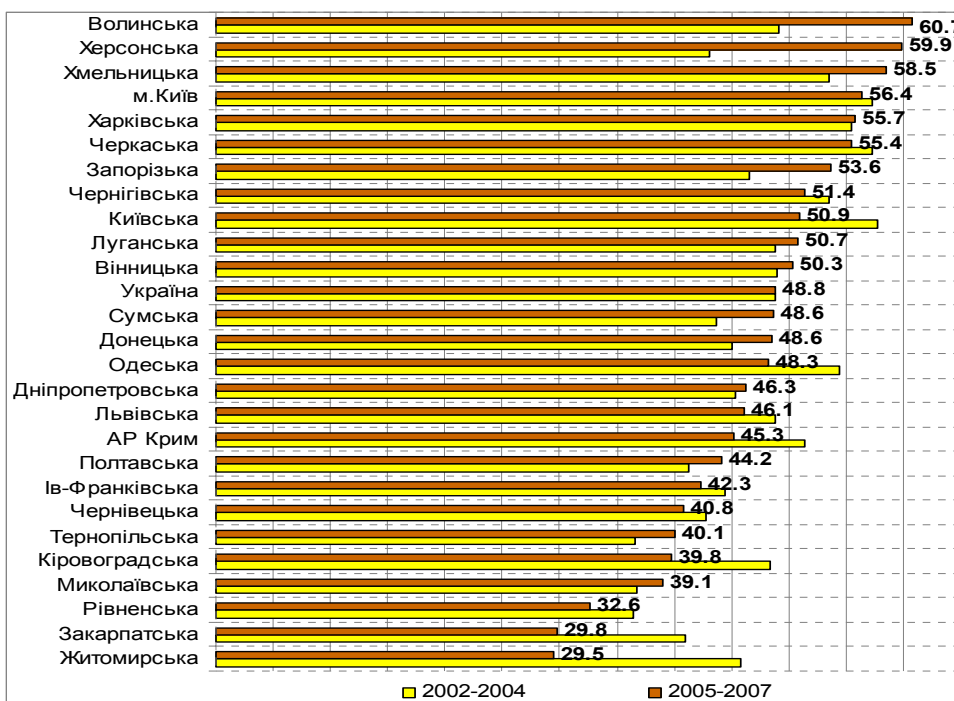


Рисунок В5 – П'ятирічна виживаність хворих на ЗН лімфоїдної тканини (С81-С88) 2002-2004 і 2005-2007 рр., %

В різних областях показник 1-річної виживаності у хворих на лейкемії 2005-2007 рр. широко варював від 52,0% у Донецькій області до 73,6% у Черкаській; показники 5-річної виживаності цієї когорти хворих перебували в межах від 18,5% у Миколаївській області до 51,1% у Черкаській (Рис. В6).

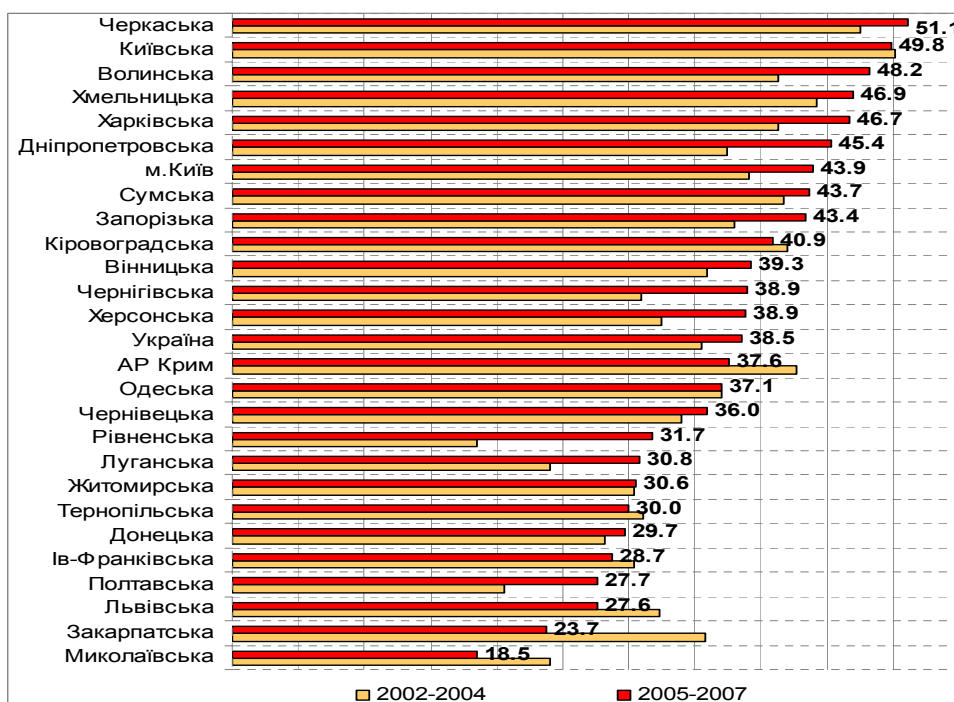


Рисунок В5 – П'ятирічна виживаність хворих на лейкемії (С91-С95) 2002-2004 і 2005-2007 рр., %

Статистично значуще перевищення середньоукраїнського рівня 1-річної виживаності хворих на лейкемії зареєстровано тільки у Дніпропетровській, Київській і Черкаській областях, водночас достовірно нижчим була 1-річна виживаність у хворих Донецької і Львівської областей.

Достовірно вищою за пересічну по Україні була 5-річна виживаність хворих на лейкемії у Київській та Черкаській областях; нижче середньоукраїнського рівня була 5-річна виживаність у хворих Донецької, Львівської, Миколаївської, Полтавської областей, де величина показника не перевищувала 29,7%.

З метою оцінки ефективності лікування хворих на солідні ЗН (С00-С75) проведено аналіз виживаності хворих, що отримали спеціальне лікування, і хворих, які отримали хірургічне лікування за радикальною програмою у складі комплексного лікування або як самостійний метод.

Питома вага охоплених спеціальним лікуванням хворих на солідні ЗН чоловіків складала близько 60%, радикальне хірургічне лікування отримала майже вдвічі менша кількість чоловіків (Табл. В7, В8). Серед хворих на солідні ЗН жінок у когорті 2005-2007 рр. спеціальним лікуванням було охоплено майже дві третини з них, а радикальним хірургічним лікуванням – більше половини.

Таблиця В7 - Показники виживаності хворих на солідні ЗН (С00-С75) 2002-2004 і 2005-2007 рр. , що отримали спеціальне лікування, Україна (%)

Когорта хворих за статтю та роком захворювання	Кількість хворих	Питома вага у когорті, %	Тривалість життя (роки спостереження)					
			1	2	3	4	5	
2002-2004	ч	123143	59,2	72,1 ± 0,3	58,6 ± 0,3	53,3 ± 0,3	50,6 ± 0,4	48,8 ± 0,4
2005-2007	ч	129199	62,4	73,6 ± 0,3	60,4 ± 0,3	54,9 ± 0,3	51,9 ± 0,4	49,7 ± 0,4
Статистично достовірний абсолютний приріст показника (p≤0,05)				1,5	1,8	1,6	1,3	-
2002-2004	ж	154477	71,5	86,2 ± 0,2	76,7 ± 0,2	71,6 ± 0,3	68,4 ± 0,3	66,1 ± 0,3
2005-2007	ж	164985	74,2	87,2 ± 0,2	77,8 ± 0,2	72,5 ± 0,3	69,1 ± 0,3	66,4 ± 0,3
Статистично достовірний абсолютний приріст показника (p≤0,05)				1,0	1,1	0,9	-	-

Таблиця В8 - Показники виживаності хворих на солідні ЗН (С00-С75) 2002-2004 і 2005-2007 рр. , що отримали радикальне хірургічне лікування, Україна (%)

Когорта хворих за статтю та роком захворювання	Кількість хворих	Питома вага у когорті, %	Тривалість життя (роки спостереження)					
			1	2	3	4	5	
2002-2004	ч	65226	31,3	86,5 ± 0,3	76,2 ± 0,4	71,1 ± 0,5	68,3 ± 0,5	66,4 ± 0,5
2005-2007	ч	69220	33,4	87,6 ± 0,3	77,9 ± 0,4	72,8 ± 0,4	69,8 ± 0,5	67,5 ± 0,5
Статистично достовірний абсолютний приріст показника (p≤0,05)				1.1	1.7	1.7	1.5	-
2002-2004	ж	105328	48,7	93,4 ± 0,2	86,5 ± 0,2	82,1 ± 0,3	79,2 ± 0,3	77,0 ± 0,3
2005-2007	ж	115710	52,0	93,9 ± 0,2	87,2 ± 0,2	82,7 ± 0,3	79,6 ± 0,3	77,2 ± 0,3
Статистично достовірний абсолютний приріст показника (p≤0,05)				-	0.7	-	-	-

Збільшення за період дослідження питомої ваги жінок і чоловіків, що захворіли на солідні ЗН і отримали спеціальне лікування, на 2,7% і 3,2%, відповідно, сприяло статистично достовірному зростанню показників виживаності 1-4-го років спостереження з моменту виявлення захворювання у чоловіків на 1,3-1,8% і показників виживаності 1-3-го років спостереження у жінок на 0,9-1,1%; зміни рівня 5-річної виживаності не відбулося (Рис. В7).

Питома вага охоплених спеціальним лікуванням хворих на солідні ЗН чоловіків у когорті 2005-2007 рр. зросла у порівнянні з 2002-2004 рр. на 0,6-10,2% в усіх регіонах України, крім Кіровоградської, Сумської і Хмельницької областей, де відбулося її зменшення на 2,3-3,3% (Табл. В9). В більшості областей отримали спеціальне лікування 54,9-64,9% хворих цієї категорії; у 5 регіонах цей показник складав 52,5-54% і в Запорізькій області було охоплено спеціальним лікуванням лише 49,1% таких хворих.

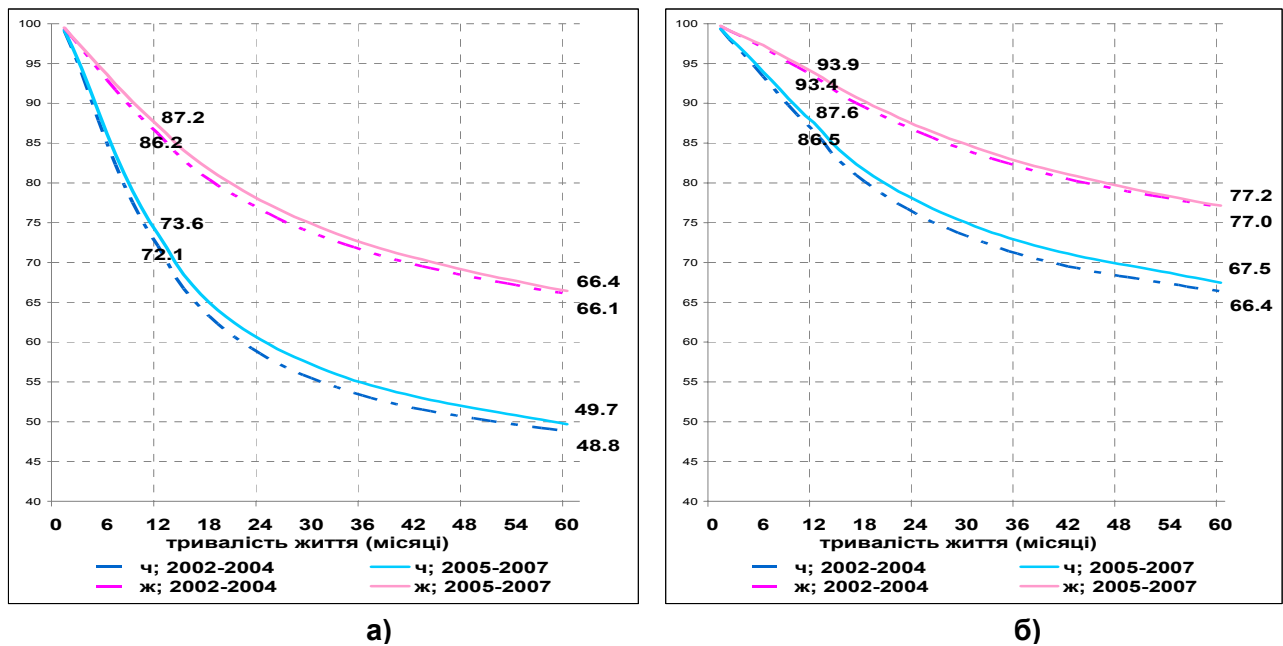


Рисунок В7 - Виживаність хворих на солідні ЗН (С00-С75) 2002-2004 і 2005-2007 рр., що отримали лікування: (а) спеціальне, (б) радикальне хірургічне, %

Поряд з тим, аналіз регіональних показників показав суттєву відмінність рівнів виживаності хворих на солідні ЗН чоловіків, які отримали спеціальне лікування: показники 1-річної виживаності когорти хворих 2005-2007 рр. варіювали у межах 60,3-82,0%, показники 5-річної виживаності – від 20,5% (у Рівненській області) до 65,7% (у м. Київ), тобто відрізнялися між собою у 3,2 рази (Рис. В8).

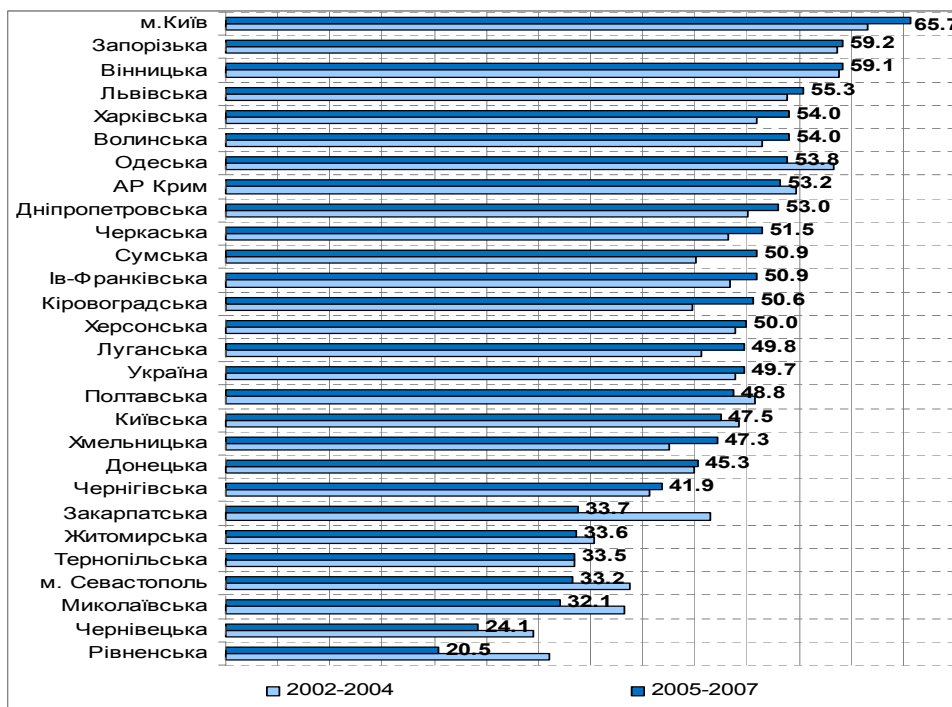


Рисунок В8 – П'ятирічна виживаність хворих на солідні ЗН (С00-С75) 2002-2004 і 2005-2007 рр., що отримали спеціальне лікування, чоловіки (%)

Достовірно вищим за середньоукраїнський був рівень 1-річної виживаності хворих цієї категорії у Вінницькій, Дніпропетровській, Львівській, Черкаській областях і у м. Київ, рівень 5-річної виживаності перевищував середньоукраїнський в тих же областях, за винятком Черкаської, а також у Запорізькій, Одеській і Харківській. Достовірно нижчими за пересічні по Україні були показники 1-річної виживаності хворих на солідні ЗН чоловіків у Донецькій,

Житомирській, Закарпатській, Миколаївській, Рівненській, Чернівецькій і Чернігівській областях, 5-річної – в цих же регіонах, а також в Тернопільській області і у м. Севастополь.

Статистично значущого позитивного приросту на інтервалі дослідження дістали показники 1-річної виживаності у Дніпропетровській, Сумській, Тернопільській, Хмельницькій і Черкаській областях; показник 5-річної виживаності зріс тільки в Сумській області. В той же час суттєво зменшилась 5-річна виживаність хворих у Закарпатській (на 12,7%) і Рівненській (на 10,6%) областях, тобто збільшення за період дослідження охоплення хворих спеціальним лікуванням (на 9,7% і 11,3%, відповідно) не сприяло зростанню рівня ані 1-річної, ані 5-річної виживаності хворих на солідні ЗН чоловіків в цих регіонах.

Показник охоплення спеціальним лікуванням хворих на солідні ЗН жінок у регіонах України за роки дослідження збільшився на 0,4-8,3%, зменшення його на 3,6% зареєстровано лише у Хмельницькій області, і у когорті хворих 2005-2007 рр. його значення перевищувало 70% у всіх регіонах, крім Запорізької області, де він склав 64,5% (Табл. В10).

Тим не менше, Запорізька область була третьою за рівнем виживаності першого та 5-го років спостереження цих хворих - 90,2% і 73,9%, відповідно (Рис. В9). І навпаки: рівень 1-річної виживаності у жінок Тернопільської області, а 5-річної – у жінок Тернопільської і Одеської областей був серед найнижчих, попри те, що за охоплені спеціальним лікуванням хворих цієї категорії вони, відповідно, займали 5-те і 1-ше місця серед регіонів України.

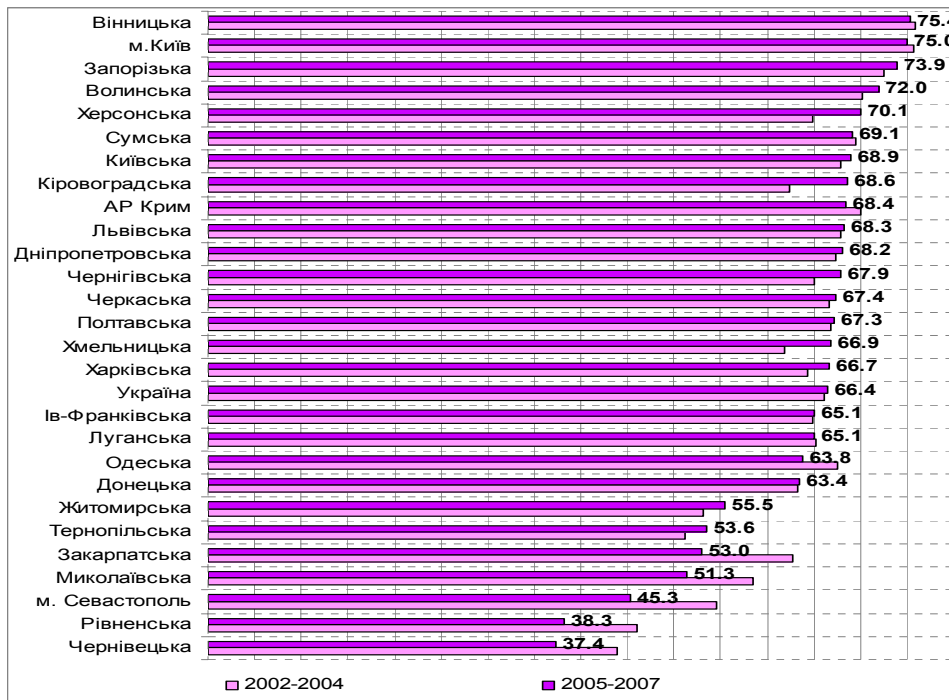


Рисунок В9 – П'ятирічна виживаність хворих на солідні ЗН (C00-C75) 2002-2004 і 2005-2007 рр., що отримали спеціальне лікування, жінки (%)

Серед хворих на солідні ЗН жінок, що отримали спеціальне лікування, достовірно вищим рівень 1-річної виживаності порівняно з пересічним по Україні був у Вінницькій, Запорізькій, Львівській, Херсонській областях і в м. Київ, достовірно нижчим – у Донецькій, Луганській, Рівненській, Харківській і Чернівецькій областях. Показник 5-річної виживаності цієї когорти хворих достовірно перевищив середньоукраїнський рівень у Вінницькій, Волинській, Запорізькій, Херсонській областях і в м. Київ, і був достовірно нижчим у Донецькій, Житомирській, Закарпатській, Миколаївській, Одеській, Рівненській, Тернопільській, Чернівецькій областях і в м. Севастополь.

Статистично значущий приріст 1-річної виживаності на інтервалі дослідження було зареєстровано у охоплених спеціальним лікуванням хворих на солідні ЗН жінок в Житомирській, Кіровоградській, Тернопільській, Херсонській і Хмельницькій областях, 5-річної

– у Кіровоградській, Херсонській і Хмельницькій областях. Значно знизився показник 5-річної виживаності хворих цієї категорії у Закарпатській, Миколаївській, Рівненській і Одеській областях.

Показник охоплених радикальним хірургічним лікуванням чоловіків, що захворіли на солідні ЗН у 2005-2007 рр., не перевищував 30% у 5 регіонах, знаходився в межах 30,6-39,4% у 21 регіоні та досяг 46,7% в Одеській області (Табл. В11). Проте серед регіонів зазначеної першої групи (з питомою вагою охоплених радикальним хірургічним лікуванням 26,7-28,3%) найвищі рівні виживаності, які за ранговими місцями входили до першої вісімки в Україні, спостерігалися в Луганській, Кіровоградській (1-річна) і Запорізькій (5-річна) областях, і навпаки, Одеська область за показником 1-річної виживаності цієї когорти хворих займала 26-те рангове місце, а 5-річної – 21-ше (Рис. В10). Такі протиріччя можуть свідчити про досить вільне трактування критерію радикального лікування, а також неналежне виконання реєстрації життєвого статусу хворих.

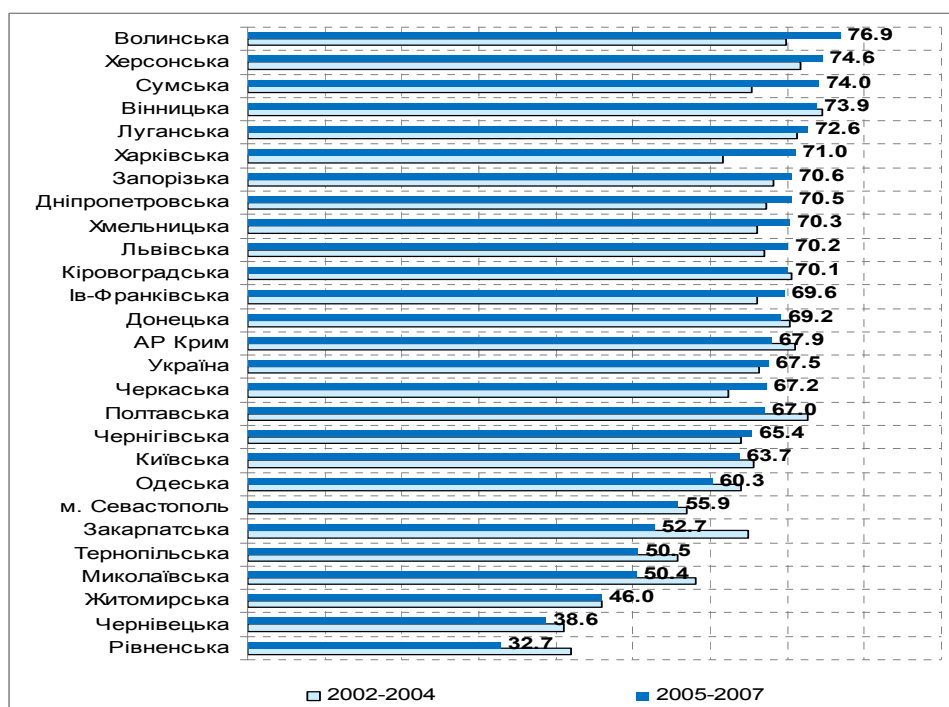


Рисунок В10 – П'ятирічна виживаність хворих на солідні ЗН (C00-C75) 2002-2004 і 2005-2007 рр., що отримали радикальне хірургічне лікування, чоловіки (%)

Достовірно нижче середньоукраїнського був рівень 1-річної виживаності у хворих на солідні ЗН і охоплених радикальним хірургічним лікуванням чоловіків Житомирської, Одеської, Рівненської, Чернівецької областей, 5-річної – у чоловіків тих же регіонів, а також Закарпатської, Миколаївської, Тернопільської областей.

Перевищення пересічного по Україні рівня 1-річної виживаності цієї когорти хворих виявлено у м. Київ, Вінницькій і Херсонській областях, 5-річної - в тих же регіонах, а також у Волинській, Луганській, Сумській областях.

За період дослідження питома вага охоплених радикальним хірургічним лікуванням хворих на солідні ЗН чоловіків зростає в усіх регіонах, окрім Харківської області. Проте статистично значущий приріст показників 1-річної виживаності зареєстровано лише у хворих саме Харківської області; у Закарпатській області зареєстровано достовірне зниження 5-річного показника виживаності на 12,3%, в інших регіонах зміни рівня виживаності не відбулося.

Охоплення радикальним хірургічним лікуванням хворих на солідні ЗН жінок знаходилось в межах від 39,6% у Запорізькій області до 57,5-61,2% в Херсонській, Вінницькій, Київській, Одеській, Житомирській областях (Табл. В12). Між тим, 5-річна виживаність хворих

жінок цієї когорти у Запорізькій області займала за рівнем 5-те місце, а виживаність жінок у Одеській і Житомирській областях – 21-26 місця серед регіонів України (Рис. В11).

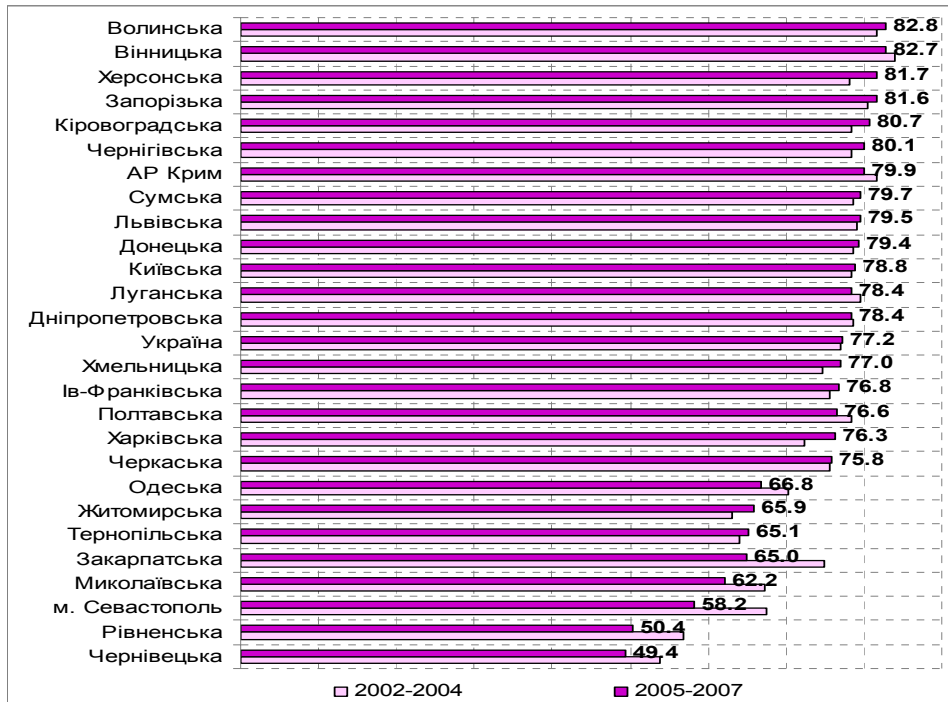


Рисунок В11 - П'ятирічна виживаність хворих на солідні ЗН (C00-C75) 2002-2004 і 2005-2007 рр., що отримали радикальне хірургічне лікування, жінки (%)

Однорічна виживаність жінок, хворих на солідні ЗН і охоплених радикальним хірургічним лікуванням, в Одеській, Рівненській, Харківській, Чернівецькій областях була нижчою за пересічну по Україні; вищою за середньоукраїнський був рівень 1-річної виживаності таких хворих у Донецькій, Львівській областях і у м. Київ. За показником 5-річної виживаності перевищення середньоукраїнського рівня зареєстровано у Вінницькій, Волинській, Донецькій, Запорізькій, Херсонській областях і в м. Київ, достовірно нижчою була 5-річна виживаність хворих у Житомирській, Закарпатській, Миколаївській, Одеській, Рівненській, Тернопільській, Чернівецькій областях і в м. Севастополь.

На тлі зростання за період дослідження на 0,1-7,6% питомої ваги охоплених радикальним хірургічним лікуванням хворих на солідні ЗН жінок статистично значущий приріст показників 1-річної і 5-річної виживаності було зареєстровано лише в Харківській області; у Закарпатській області відбулося зниження показника 5-річної виживаності, в інших регіонах рівень виживаності не змінився.

Висновки.

1. Порівняння показників виживаності осіб, що захворіли на ЗН у 2002-2004 та 2005-2007 рр. в Україні, виявило їх статистично достовірне зростання на 1,5-2,4% на 1-5-му роках спостереження з часу виявлення захворювання; показники виживаності осіб, що захворіли на солідні ЗН, зросли на 1,6-2,4%; у хворих на лейкемії зріс на 3,0% тільки рівень 5-річної виживаності; у хворих на ЗН лімфоїдної тканини всі показники виживаності залишилися незмінними в межах 95% довірчого інтервалу. Серед хворих на солідні ЗН виживаність у жінок була в 1,3-1,5 рази вищою, ніж у чоловіків, на всьому інтервалі дослідження.

2. Виживаність хворих в різних регіонах України мала значні відмінності: у хворих на солідні ЗН чоловіків рівень 1-річної виживаності варіював у межах 46,5-66,7%, у хворих жінок цієї категорії показник 1-річної виживаності варіював від 64,5% до 80,2%, у хворих на ЗН лімфоїдної тканини – від 58,3% до 83,1%, у хворих на лейкемії – від 44,8% до 75,4%; показники 5-річної виживаності перебували в діапазоні 15,4-51,1% у хворих на солідні ЗН

чоловіків, 29,7-64,6% у хворих на солідні ЗН жінок, 29,5-60,7% у хворих на ЗН лімфоїдної тканини, 18,5-51,1% у хворих на лейкемії.

3. Одночасно зі збільшенням показника охоплення спеціальним лікуванням хворих на солідні ЗН в Україні чоловіків на 3,2% і жінок на 2,7% показники 1-річної виживаності у досліджуваних когортах зросли на 1,5% у чоловіків і на 1,0 у жінок, а показники 5-річної виживаності залишились незмінними в межах 95% довірчого інтервалу.

4. Показник охоплення спеціальним лікуванням хворих на солідні ЗН знизився на інтервалі дослідження тільки у Кіровоградській, Сумській і Хмельницькій областях, проте саме в цих регіонах виявлено зростання 5-річної виживаності хворих цієї категорії на 5,0-6,1%; і навпаки, зниження рівня виживаності на 7,2-12,7% зареєстровано в 4-х регіонах, де охоплення спеціальним лікуванням хворих збільшилось на 4,2-10,2%.

5. Питома вага хворих на солідні ЗН, які отримали хірургічне лікування за радикальною програмою у складі комплексного лікування або як самостійний метод, зросла у досліджуваних когортах на 2,1% у чоловіків і 3,3% у жінок. Однорічна виживаність цих хворих пересічно в Україні зросла на 1,1% у чоловіків і досягла 87,6% у чоловіків, у жінок вона перебувала на рівні 93,4-93,9% без значущої зміни; 5-річна виживаність достовірно не змінилася і складала 66,4-67,5% у чоловіків і 77,0-77,2% у жінок.

6. Достовірне зростання на 4,4-4,7% показників 1-річної і 5-ї виживаності хворих на солідні ЗН, що отримали радикальне хірургічне лікування, на рівні регіонів виявлено лише у Харківській області, де за період дослідження показник охоплення радикальним хірургічним лікуванням знизився на 3,7% у чоловіків і зріс на 0,5% у жінок; в інших регіонах на тлі зростання відсотку охоплених радикальним хірургічним лікуванням хворих зміни виживаності не виявлено, а в Закарпатській області зареєстровано значуще зниження показника 5-річної виживаності на 10,0-12,3%.

7. Співвідношення найвищого та найнижчого рівнів виживаності у різних регіонах України сягало 3,3 рази у хворих на солідні ЗН чоловіків, 2,2 рази – у хворих на солідні ЗН жінок, 2 – у хворих на ЗН лімфоїдної тканини, 2,8 – серед хворих на лейкемії; варіативність у різних регіонах показників виживаності хворих, що отримали спеціальне лікування, досягала 3,2 у чоловіків і 2 у жінок, а серед тих, хто отримав хірургічне лікування за радикальною програмою – 2,5 у чоловіків і 1,7 у жінок.

8. Не виявлено взаємозв'язку між питомою вагою хворих, що отримали спеціальне лікування або хірургічне лікування за радикальною програмою, і рівнем виживаності хворих на рівні регіонів. Вищі рівні виживаності в регіонах, де питома вага охоплених спеціальним лікуванням та радикальним хірургічним лікуванням порівняно низька, як і протилежна ситуація, можуть бути спричинені недоліками реєстрації життєвого статусу хворих. Сумнівною також видається якість реєстрації виду та характеру наданого лікування в регіонах з низьким рівнем виживаності хворих.

9. З огляду на отриманий рівень виживаності, необхідно продовжити аналіз із вивченням вікової та постадійної структури когорти хворих на солідні ЗН, охоплених спеціальним лікуванням, а також хворих, в реєстраційних картах яких відсутня інформація про спеціальне лікування з організаційних причин, наявності медичних протипоказань чи інших.