

## Тема для дискусії

### **АНАЛІЗ СТАНУ РЕЄСТРАЦІЇ ПОМЕРЛИХ ВІД РАКУ ТА ПОКАЗНИКІВ ЛЕТАЛЬНОСТІ**

У розділі аналізуються різні аспекти реєстрації посмертно врахованих хворих та особливості аналізу показника "летальність до року".

Дані свідоцтв про смерть використовуються в канцер-реєстрах як додаткове джерело інформації про нові випадки захворювання, які не були зареєстровані за життя хворих, як інформація для вивчення смертності населення від злоякісних захворювань та для аналізу виживання онкологічних хворих.

У міжнародній практиці існує поняття "випадок, зареєстрований тільки на основі свідоцтва про смерть" ("death certificate only", DCO), у вітчизняній практиці прийнятий термін "посмертно врахований" хворий.

Необхідно відрізнити схеми реєстрації інформації про випадки захворювання на основі свідоцтва про смерть. Існують випадки, коли окрім свідоцтва відсутні будь-які посилання на діагноз раку у померлого, та випадки, коли після надходження свідоцтва про смерть в медичних документах знаходяться посилання на діагноз раку у хворого, встановлений за життя, про який раніше інформація в канцер-реєстр не надійшла.

При отриманні інформації про смерть онкологічного хворого необхідно здійснити пошук його реєстраційної карти в базі даних канцер-реєстра. Якщо хворий був зареєстрований, в карту вносяться дата і причина смерті. Якщо такого хворого в реєстрі немає, то здійснюється пошук інформації про нього в первинних медичних документах, з метою уточнення дати встановлення діагнозу, стадії захворювання, проведеного лікування. Фактично в цьому випадку ми маємо справу з "випадком захворювання з раніше встановленим діагнозом", а джерелом інформації є свідоцтво про смерть.

У разі відсутності в медичних документах будь-якої згадки про діагноз новоутворення, хворий реєструється як "посмертно врахований" лише на основі свідоцтва про смерть. У цьому разі реєструється тільки дата встановлення діагнозу, яка співпадає з датою смерті, вказується локалізація захворювання. При цьому способом підтвердження діагнозу може бути морфологічне дослідження при розтині, або ж діагноз встановлюється лише за клінічними даними, що, звичайно, знижує його достовірність.

Аналіз даних обласних реєстрів показав, що серед методів встановлення діагнозів у посмертно врахованих хворих в 5,9 % названо рентгенологічний метод, в 1,5 % - ендоскопічний і навіть цитохімічний. Можна припустити, що у ці діагнози були встановлені за життя і вони штучно віднесені до категорії посмертно встановлених. Оскільки такі випадки не включаються в розрахунки традиційного показника "летальність до року", з'являється можливість його "корекції" шляхом збільшення кількості посмертно встановлених діагнозів. Для України в цілому такі переміщення можуть бути суттєвими, оскільки число посмертно врахованих перевищує 3000 осіб на рік. Лише в таких областях, як Харківська, посмертно враховується більше 450 хворих щорічно, Дніпропетровська – більше 300, та ін.

При аналізі даних реєстру ми встановили також, що в ряді випадків при внесенні відомостей про смерть в реєстр реальна дата смерті хворого випадково (чи свідомо) замінюється на більш пізню дату реєстрації смерті (дату надходження відомостей про смерть до реєстру), внаслідок чого цей хворий може не включатися в розрахунки показника "летальність до року", оскільки прожив більше року. На наш погляд, також методично невиправдано виключення з розрахунків відомчих хворих, якщо ми хочемо оцінити організацію діагностично-лікувального процесу в області взагалі.

Таким чином, традиційний показник "летальність до року", який вважався до останнього часу бездоганним і найбільш об'єктивним, при його детальному аналізі втратив свою привабливість і "недоторканість", оскільки при визначенні його складових присутній значний елемент суб'єктивізму та існують можливості його корекції.

В зв'язку зі сказаним, при аналізі даних ми звернулися до інтегрованого показника "не прожили одного року з моменту встановлення діагнозу", визначивши його як відношення всіх померлих хворих (в тому числі з посмертно встановленим діагнозом), які не прожили повного року з моменту встановлення діагнозу, до загальної кількості хворих з вперше встановленим діагнозом.

В майбутньому онкологічна служба України повинна наблизитися до міжнародної практики, де для оцінки якості онкологічної допомоги прийнято визначати виживання хворих, в тому числі показник однорічного виживання. Але для обґрунтованого використання показника виживання необхідні значні зусилля по уніфікації принципів реєстрації хворих в різних регіонах України, достовірного отримання даних диспансеризації, тощо. Показник "не прожили одного року" дає можливість на сучасному етапі діяльності онкологічної служби України визначити, яка частина хворих кожної нозологічної форми пухлини помирає протягом року, і більш об'єктивно відтворює стан організації онкологічної допомоги в областях, ніж звично використовуваний показник "летальності до року".

Нижче наводимо таблиці, в яких приводиться величина традиційного показника "летальність до року" і показника "не прожили одного року" з моменту встановлення діагнозу, який дещо вищий від попереднього.

Ми вважаємо, що використання обох показників має право на існування в залежності від того, який процес ми хочемо оцінити, кожен з них має свої переваги та недоліки.

Проте основною метою автоматизованих канцер-реєстрів є максимальна об'єктивізація інформації, використання її з найбільшою ефективністю для поліпшення стану онкологічної допомоги населенню України.

Таблиця 1 (ф.№35-здоров)	Летальність до 1 року з числа вперше захворілих, %			
	1997	1998	1999	2000
Україна	38.2	38.8	38.3	36.3
Вінницька	36.3	36.4	37.0	35.1
Волинська	42.3	43.2	37.5	37.7
Дніпропетровська	42.0	42.0	41.0	38.3
Донецька	40.8	43.6	44.8	42.0
Житомирська	43.9	44.7	42.5	38.5
Закарпатська	39.6	40.7	40.4	39.2
Івано-Франківська	40.2	38.0	40.3	38.2
Київська	39.8	39.5	39.0	33.0
Кіровоградська	38.6	38.2	39.4	35.7
Луганська	51.2	46.0	43.4	42.5
Львівська	38.1	37.7	35.5	34.2
Миколаївська	46.5	38.7	40.0	36.8
Одеська	29.2	33.0	32.6	33.8
Полтавська	36.1	37.1	36.7	32.2
Рівненська	33.1	40.2	41.6	40.0
Сумська	40.1	39.3	39.7	33.7
Тернопільська	40.9	40.2	39.6	39.6
Харківська	33.2	35.5	36.9	35.8
Херсонська	41.1	44.0	43.2	40.0
Хмельницька	43.2	41.7	42.5	39.7
Черкаська	36.3	37.4	31.9	35.4
Чернівецька	35.2	40.4	39.2	35.0
Чернігівська	42.1	41.1	41.1	41.4
м. Київ	28.6	29.2	28.1	26.1
АР Крим	28.4	31.2	29.0	27.5
м.Севастополь	36.6	35.3	33.7	38.0

Таблиця 2 (дані реєстру)	Не прожили 1 року з числа вперше захворілих, %			
	1997	1998	1999	2000
Україна	43.7	42.5	41.5	40.7
Вінницька	41.2	40.1	39.9	39.2
Волинська	46.5	46.0	40.7	43.3
Дніпропетровська		44.3	44.3	42.4
Донецька	47.2	44.5	45.4	44.6
Житомирська	45.6	46.1	44.3	42.1
Закарпатська	48.5	46.3	44.8	44.8
Івано-Франківська	44.0	42.2	40.3	40.7
Київська	44.2	42.6	42.4	36.2
Кіровоградська			41.7	40.8
Луганська	51.6	48.4	45.9	46.1
Львівська	40.9	39.9	37.7	36.6
Миколаївська	48.1	43.9	41.2	40.9
Одеська	34.3	37.2	38.0	37.7
Полтавська			38.5	41.6
Рівненська		42.2	43.8	41.6
Сумська	42.8	41.3	41.8	36.5
Тернопільська				42.1
Харківська	45.2	43.5	42.4	40.8
Херсонська	43.9	44.0	43.2	42.2
Хмельницька	47.7	45.4	44.8	42.7
Черкаська	41.6	41.3	38.0	41.9
Чернівецька	40.6	41.6	40.7	42.6
Чернігівська	48.4	46.7	45.0	45.6
м. Київ	33.0	31.3	29.3	29.7
АР Крим				39.9
м.Севастополь				38.9