

## АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ ЛЕТАЛЬНОСТІ: ІНФОРМАЦІЯ ДО РОЗДУМІВ

Аналізуючи дані канцер-реєстру, ми зазвичай приділяємо підвищену увагу хворим, які не проживають одного року з моменту встановлення діагнозу. Зокрема, тематична стаття на цю тему вже публікувалася в Бюлетені №5 (вид. 2004 р.). На щорічних семінарах працівників канцер-реєстрів неодноразово зверталася увага на протиріччя та невідповідності в стадійній структурі хворих, які не прожили одного року, на статистичні викривлення в розподілі тривалості життя таких хворих в окремих регіонах. Починаючи з Бюлетеня №3 (вид. 2002 р.) Національним канцер-реєстром був запропонований показник "Хворі, які не прожили одного року з моменту встановлення діагнозу ЗН" та було проведено аналіз його відмінності від загально прийнятного показника летальності до року. Не применшуючи значення інших аспектів діяльності канцер-реєстрів, можна вважати, що на прикладі аналізу цієї множини хворих ми намагаємося з року в рік дослідити ті процеси, які мають місце в реєстрації та аналізі онкологічної інформації.

Зазначимо, що показник "летальність до року" та будь-які його варіації є важливим рейтинговим показником, він широко використовується при аналізі діяльності служби та ефективності онкологічної допомоги. В цій статті ми зупинимося на тому, наскільки взагалі такий аналіз можливий в сучасних умовах, чи можна довіряти отриманим показникам та висновкам, отриманим на підставі тільки наочної різниці їхніх значень.

Розглянемо такий важливий аспект, як **статистична достовірність різниці значень отриманих показників**. За своєю математичною сутністю показник "летальність до року" та його варіації є відношенням кількості деяких подій (випадків смерті хворих) до загальної кількості спостережень у деякій множині (в даному разі - множині хворих, зареєстрованих в минулому році з вперше в житті встановленим діагнозом). Кількість смертей є випадковою величиною і при аналізі таким чином визначеного показника ми обов'язково маємо це враховувати. Чим менша кількість осіб в досліджуваній множині, тим більшим є довірчий інтервал для значення показника. Фактично це означає, що для показників летальності до року, обчислених за вибірками з малою кількістю хворих, відмінність в півтора-два рази може бути неінформативною, оскільки вона може бути спричинена випадковими коливаннями, а не реальними відмінностями в організації онкологічної допомоги.

Проілюструємо сказане на прикладі показника "Не прожили одного року з числа хворих з вперше встановленим діагнозом в 2004 р." (див. Таблицю Т1). Для всіх хворих, кількість яких по Україні перевищувала 150 000 осіб, значення показника складає 37%. Обчислений 95% довірчий інтервал складає  $37\% \pm 0.2\%$ , але для окремих областей він значно ширший. Для п'яти адміністративних територій (Волинська, Запорізька, Полтавська, Черкаська, м.Севастополь) відмінність від середньоукраїнського значення показника не є значущою. Для інших територій відмінності є, та вони можуть бути спричинені не тільки організаційними факторами, а й статево-віковою структурою населення, структурою захворюваності та іншими факторами, які також необхідно проаналізувати.

Сучасні автоматизовані засоби та бази даних Національного канцер-реєстру дозволяють легко обчислити показники для вибірок, сформованих за будь-якими критеріями та рівнем деталізації: наприклад, обрахувати показник для окремих нозологічних форм новоутворень. Так ми бачимо, що для ЗН ободової кишки (код МКХ С18) лише 7 регіонів мають достовірну різницю з загальноукраїнським показником. Для ЗН щитовидної залози (код МКХ С73) ширина 95% довірчого інтервалу на обласному рівні досягає 20%, тому висновок про достовірну нижчий за середньоукраїнський рівень показника можна зробити лише для м.Київ, Київської та Львівської областей. Але, наприклад, не можна констатувати достовірної різниці в показнику між Закарпатською областю (показник 20% обчислено як відношення 3 померлих до 15 захворілих) та будь-яким іншим регіоном України при такій ширині довірчого інтервалу – і це при різниці в значеннях показника в кілька разів!

Для управлінців всіх рівнів є великою спокусою "проаналізувати" значення показника в найбільш детальних розрізах – на районному рівні, поквартально, за статтю та нозологічною формою ЗН. Але при такому рівні деталізації, коли досліджувана множина складається з кількох осіб, ніякі математичні методи не дозволяють виявити ніяких закономірностей, вони лише демонструють випадковий характер отриманих значень

показника та неможливість будь-якого порівняння. Висновки та рішення, отримані на підставі такого "аналізу", є статистично необґрунтованими і недостовірними. Звичайно, не можна применшити значення детального аналізу окремих випадків та тенденцій – кожного факту занедбаності хворого, неотримання вчасного лікування, смерті хворих, яких можна було врятувати. Врешті рещт, вся статистика складається саме з таких окремих випадків, і покращення онкологічної допомоги можна досягти тільки аналізом та виправленням виявлених помилок.

Не слід переоцінювати роль статистики та шукати в показниках підтвердження того, чого вони насправді вмістити не можуть. Треба добре усвідомлювати межу, за якою обчислення показників та використання математичних і статистичних методів є неефективним. Саме тому, якщо в досліджуваній множині спостерігається мала кількість (принаймні, менше 30) хворих, правильним є відійти від статистичного аналізу і переходити до аналізу окремих випадків.

Таблиця Т1. Порівняння середнього по Україні та обласних значень показника "Не прожили одного року з діагнозом, вперше встановленим протягом 2004 р."

Адміністра- тивна територія	всі ЗН (C00-C97)				ЗН ободової кишки (C18)				ЗН щитовидної залози (C73)			
	Кількість хворих 2004 р.	з них не прожили 1 року	Показник (%)	± 95% дов. інтервал (%)	Кількість хворих 2004 р.	з них не прожили 1 року	Показник (%)	± 95% дов. інтервал (%)	Кількість хворих 2004 р.	з них не прожили 1 року	Показник (%)	± 95% дов. інтервал (%)
<b>Україна</b>	<b>154911</b>	<b>57271</b>	<b>37.0</b>	<b>0.2</b>	<b>8948</b>	<b>3725</b>	<b>41.6</b>	<b>1.0</b>	<b>2177</b>	<b>212</b>	<b>9.7</b>	<b>1.2</b>
АР Крим	7014	2492	↓ 35.5	1.1	465	201	43.2	4.5	57	8	14.0	9.0
Вінницька	5598	1847	↓ 33.0	1.2	269	104	38.7	5.8	112	9	8.0	5.0
Волинська	2702	1014	37.5	1.8	109	39	35.8	9.0	13	1	7.7	14.5
Дніпропетровська	12386	4733	↑ 38.2	0.9	813	356	43.8	3.4	185	20	10.8	4.5
Донецька	15491	6595	↑ 42.6	0.8	985	454	↑ 46.1	3.1	174	26	14.9	5.3
Житомирська	4089	1670	↑ 40.8	1.5	153	67	43.8	7.9	82	11	13.4	7.4
Закарпатська	2960	1246	↑ 42.1	1.8	132	62	47.0	8.5	15	3	20.0	20.2
Запорізька	7049	2667	37.8	1.1	483	212	43.9	4.4	102	11	10.8	6.0
Ів.-Франківська	3637	1421	↑ 39.1	1.6	169	75	44.4	7.5	20	2	10.0	13.1
Київська	5987	1984	↓ 33.1	1.2	316	111	↓ 35.1	5.3	148	5	↓ 3.4	2.9
Кіровоградська	4291	1475	↓ 34.4	1.4	220	96	43.6	6.6	42	8	19.0	11.9
Луганська	7551	3091	↑ 40.9	1.1	465	235	↑ 50.5	4.5	57	13	↑ 22.8	10.9
Львівська	7261	2445	↓ 33.7	1.1	398	144	↓ 36.2	4.7	108	5	↓ 4.6	4.0
Миколаївська	4584	1520	↓ 33.2	1.4	249	70	↓ 28.1	5.6	42	7	16.7	11.3
Одеська	8910	2827	↓ 31.7	1.0	527	187	↓ 35.5	4.1	110	7	6.4	4.6
Полтавська	5644	2141	37.9	1.3	303	138	45.5	5.6	96	10	10.4	6.1
Рівненська	3093	1244	↑ 40.2	1.7	146	61	41.8	8.0	43	6	14.0	10.4
Сумська	4237	1454	↓ 34.3	1.4	210	84	40.0	6.6	85	9	10.6	6.5
Тернопільська	3225	1238	38.4	1.7	124	57	46.0	8.8	16	5	31.3	22.7
Харківська	9514	3421	↓ 36.0	1.0	630	260	41.3	3.8	110	12	10.9	5.8
Херсонська	3442	1404	↑ 40.8	1.6	233	76	↓ 32.6	6.0	54	4	7.4	7.0
Хмельницька	4579	1802	↑ 39.4	1.4	250	100	40.0	6.1	38	4	10.5	9.8
Черкаська	4711	1716	36.4	1.4	261	100	38.3	5.9	66	7	10.6	7.4
Чернівецька	2486	970	↑ 39.0	1.9	130	57	43.8	8.5	13	2	15.4	19.6
Чернігівська	3783	1505	↑ 39.8	1.6	195	78	40.0	6.9	53	5	9.4	7.9
м. Київ	8908	2715	↓ 30.5	1.0	593	244	41.1	4.0	311	10	↓ 3.2	2.0
м. Севастополь	1779	634	35.6	2.2	120	57	47.5	8.9	25	2	8.0	10.6

37.0	- немає достовірної різниці з середньоукраїнським значенням показника
↓ 31.5	- рівень показника статистично достовірно нижчий за середньоукраїнський
↑ 47.3	- рівень показника статистично достовірно вищий за середньоукраїнський

Аналіз показників "летальність до року", і, тим більше, будь-які їх "рейтингові" порівняння неможливо проводити без вивчення питання, **які категорії хворих враховуються, або, що цікавіше, не враховуються при обчисленні цих показників.** За визначенням, показник "летальність до року" обчислюється як відношення кількості хворих, які померли від ЗН протягом року з моменту встановлення діагнозу захворювання на ЗН, до загальної кількості взятих на облік хворих з вперше в житті зареєстрованим діагнозом захворювання на ЗН. Зазвичай за чисельник показника береться значення відповідної графі таблиці "Відомості про померлих від ЗН" поточного року (кількість хворих, що померли протягом року, з числа взятих на облік в минулому році), а за знаменник – значення відповідної графі таблиці контингентів минулого року (кількість хворих, взятих на облік з вперше встановленим діагнозом захворювання на ЗН). Вочевидь, існують окремі категорії хворих, які не враховуються в чисельнику або знаменнику при обрахунку показника летальності до року. Сьогодні ми маємо можливість більш детально розглянути, чи не можуть деякі відмінності в значеннях показників бути спричинені регіональними особливостями обліку цих категорій хворих.

Якщо обрахувати використаний в Бюлетені Національного канцер-реєстру показник "Не прожили одного року з числа хворих з діагнозом, вперше встановленим в 2004 р.", який дорівнює 37.0%, і порівняти з "рейтинговим" показником "летальність до року" (33.1%), то матимемо відмінності як в чисельнику, так і в знаменнику показника. Очевидно, до множини, що аналізується (знаменника показника "Не прожили одного року...") включено всіх хворих з вперше встановленим в 2004 р. діагнозом захворювання на ЗН, незалежно від того, чи можна їх вважати "взятими на облік в минулому році". До чисельника, відповідно, включено кількість всіх хворих, що померли не проживши одного року з моменту встановлення діагнозу, незалежно від причин та обставин смерті.

Різницю між множинами хворих, для яких вираховуються показники "Не прожили року..." і "летальність до року", складають:

- 1) "Відомчі" хворі (які не перебували на обліку в канцер-реєстрі);
- 2) Хворі, про яких інформація надійшла в канцер-реєстр із запізненням (які не враховані в минулорічній звітній формі, як первинні);
- 3) Хворі з посмертно встановленим діагнозом (які не перебували на обліку);
- 4) Хворі, що зареєстровані як померлі "з інших причин" (тобто не від захворювання на ЗН та не від ускладнень лікування ЗН);
- 5) Окремі поодинокі випадки, пов'язані з помилками при внесенні інформації, зняттям діагнозу; хворі, які одночасно відносяться до кількох з наведених вище множин; інші можливі розбіжності, які зазвичай не носять систематичного характеру.

Загалом, кількість померлих, врахованих в показнику "Не прожили року з числа осіб з вперше встановленим діагнозом в 2004 р.", перевищує чисельник показника "летальність до року" за відповідний період на 9 673 особи. Це досить суттєва кількість осіб (6.2% від загальної кількості хворих з діагнозом, вперше встановленим в 2004 р.). В різних регіонах кількість таких осіб коливається від 166 (2.3%) в Львівській області до 1001 (10.5%) - в Харківській області. Розглянемо їх більш детально (див.Таблицю Т2).

1) "Відомчі" хворі: загалом за 2004 рік було виявлено 1 873 особи, з яких не прожили року 796 (42.5%). Більш детальний аналіз провести неможливо через загалом невелику кількість таких хворих та їх нерівномірну кількість в різних регіонах. Тільки в Вінницькій області 138 померлих "відомчих" хворих складають 2.5% від загальної кількості хворих з діагнозом 2004 року, тобто можуть впливати на загальне значення показника "Не прожили року...", хоча загалом по Україні вплив цієї категорії хворих не перевищує 0.5%.

2) Хворі з вперше встановленим в 2004 р. діагнозом, зареєстровані впродовж 2005 року: 7 903 особи. Природно, що доля таких хворих є дещо більшою в великих регіонах з розгалуженою системою онкологічної допомоги, для яких об'єктивно властива затримка в надходженні інформації. Загальна кількість померлих серед цих хворих досить значна – 2 477 (31.3%), але навряд чи існує систематичний вплив цієї категорії на значення показника "Не прожили року...".

3) Хворі з посмертно встановленим діагнозом: зареєстровано 2 285 таких осіб. Суттєвим є те, що всі вони померли, тобто їх вплив на показники летальності та "Не прожили року..." може бути систематичним. Загалом по Україні ця множина складає 1.5% від кількості вперше зареєстрованих в 2004 році, але суттєво різняться в різних регіонах: від 17-18 осіб (0.2%) в АР Крим та Львівській обл. до 165 (3.5%) - в Черкаській, 293 (3.1%) - в Харківській, 59 (3.3%) - в м. Севастополь. В Миколаївській області 28 осіб зареєстровано з посмертним діагнозом, встановленим без розтину, та 100 – після розтину.

Раніше неодноразово відзначалося, що облік хворих цієї категорії суттєво різняться в різних регіонах. Мають місце як порушення в технології реєстрації (помилкова реєстрація хворих, діагноз яких встановлено при житті, але інформація про це до канцер-реєстру надійшла вже після їх смерті, як таких, що були зареєстровані тільки на підставі свідоцтва про смерть - тобто з посмертно встановленим діагнозом), так і неузгодженість в визначеннях стосовно реєстрації тих хворих, які вже звернулися в лікувальний заклад з підозрою на захворювання на ЗН, але не встигли до моменту смерті повністю пройти діагностування. Таким чином, можна констатувати, що цей фактор може спричинити до 3% різниці в показнику "летальність до року" в залежності від того, чи вірно буде зареєстровано хворого в тому чи іншому регіоні.

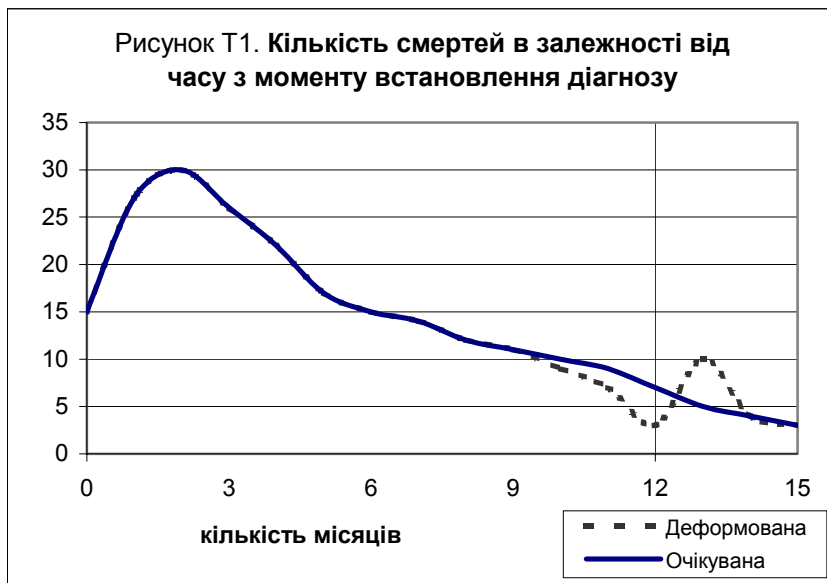
4) Хворі, що зареєстровані як померлі "з інших причин". Як і попередня, ця категорія хворих суттєво впливає на значення показників летальності та "Не прожили року...". До категорії померлих не від захворювання на ЗН та не від ускладнень лікування ЗН віднесено 4 324 хворих (2.8% від загальної кількості хворих з вперше встановленим в 2004 р. діагнозом). Якщо в м.Севастополь зареєстровано всього 3 таких хворих (0.2%), то в Закарпатській обл. – 138 (4.7%), Черкаській обл. – 209 (4.4%), Кіровоградській обл. – 190 (4.4%), Чернігівській обл. – 159 (4.2%), в АР Крим – 289 (4.1%). Рекордсменом є Харківська область, де "від інших причин" протягом року померла 541 особа, що складає 5.7% від загальної кількості хворих з вперше встановленим в 2004 р. діагнозом.

Відомо, що визначення вказаної в свідоцтві про смерть "основної причини смерті" є досить суб'єктивним і може різнитися в різних регіонах. Врешті решт, враховуючи загалом похилий вік досліджуваної групи хворих, річна очікувана кількість смертей з будь-яких причин може складати в ній близько 7 000, тобто ті ж самі 5%. Але слід констатувати, що суб'єктивні особливості визначення причини смерті можуть спричиняти близько 4-5% різниці в значеннях показників "летальність до року", а це значно перевищує навіть статистичну похибку, яка розглядалася вище.

Цікаво було також розглянути хворих, які враховані в чисельнику показника "Не прожили року..." і не враховувалися при обчисленні показника "летальність до року", в розрізі групування за кодами МКХ (Таблиця Т3). Найбільші відмінності – в групі ЗН невідомої локалізації (всього 30 осіб, які, проте, складають 11.5% від загальної кількості осіб з вперше встановленим в 2004 р. таким діагнозом), ЗН ока, головного мозку та ін. відділів ЦНС (292 особи, або 11.2%). Найменші розбіжності – серед хворих на ЗН молочної залози та шкіри (тобто, серед хворих на ті нозологічні форми ЗН, де взагалі спостерігається нижча летальність протягом першого року). Можемо побачити, що відмінності в такому розрізі не мають такого систематичного характеру, як в регіональному.

Не можна обійти ще одне питання, яке виникло останніми роками, з набуттям популярності "рейтингових" показників та збільшенням адміністративного тиску для їх "покращення". Річ йде про виникнення **логічних невідповідностей в статистичному розподілі тривалості життя** осіб з діагнозом захворювання на ЗН, що може свідчити про систематичні помилки при реєстрації дати смерті або дати встановлення діагнозу. Якщо висловитись ясніше – про спроби "покращення" показника "летальність до року" шляхом фальсифікації медичної інформації.

Імовірність смерті протягом деякого часу з моменту встановлення діагнозу захворювання на ЗН неодноразово досліджувалася і має цілком певний розподіл, який набуває монотонно спадаючого вигляду протягом декількох місяців після встановлення діагнозу (див. Рисунок Т1). Тобто кожного місяця помирає трохи менше хворих, ніж в попередній (враховуючи, звичайно, випадкові коливання). Останніми роками ця монотонність порушується "сплеском" на 13-му місяці спостереження, коли реєструється на



кілька сотень смертей більше, ніж в попередні місяці. Особливо "небезпечний" для хворих перший день наступного року з моменту встановлення діагнозу, тобто коли смерть вже не буде збільшувати чисельника показника "летальність до року". За даними канцер-реєстру 2004 р., на 12-й місяць спостереження померла 1 861 особа, а на 13-й місяць – 2 283 особи. Тобто, надлишок смертей в 13-му місяці склали 422

особи, і це не могло бути статистично виправдано випадковими факторами.

На щорічних конференціях співробітників Національного канцер-реєстру неодноразово зверталася увага на те, що спроби мізерного "покращення" показників, неінформативних навіть з об'єктивних причин, можуть зруйнувати всю систему реєстрації інформації та підірвати довіру до роботи канцер-реєстру взагалі.

Деякі регіональні канцер-реєстри полишили сумнівну практику маніпуляцій з датами, але за даними 2005 р., з числа хворих, яким вперше в 2004 р. було встановлено діагноз захворювання на ЗН, померли на 12-й місяць спостереження 2 089 осіб, а на 13-й – 2 237 осіб, що за гіпотези навіть рівної ймовірності смерті на 12-й і 13-й місяць спостереження з більш ніж 95% ймовірністю свідчить про наявність відхилень. На регіональному рівні відхилення за останніми даними з більш ніж 99% ймовірністю виявлені в Чернівецькій області (8 осіб, померлих на 12-му місяці спостереження, проти 69 осіб, померлих на 13-му місяці); в Тернопільській обл. (34 особи проти 86); в Рівненській обл. (38 проти 146); в Сумській (51 проти 81); в Київській обл. (68 проти 128). В Київській області було проведене додаткове розслідування, яке дозволило звести проблему до районного рівня: так систематичне перевищення числа померлих на 13-му місяці спостереження відзначене в Бориспільському районі (2 на 12-му місяці проти 25 на 13-му місяці); в Рокитнянському районі (0 проти 8); Білоцерківському районі (4 проти 16) та місті Біла Церква (5 проти 11).

Оскільки всі наведені цифри є результатом статистичного аналізу, то існує деяка ймовірність, що має місце не систематичне, а випадкове відхилення. На жаль, така ймовірність дуже мала (для наведених регіонів – менше 1%). Тому при тотальній перевірці первинних документів на хворих, які помирають на 13-му місяці спостереження, майже напевно будуть виявлені дати діагнозу або смерті, які не відповідають дійсності і є наслідком "ініціативи" чи то районного онколога, чи то працівників обласного реєстру з "покращення" власного рейтингового показника летальності. Дуже сумно, що такі дії мають місце задля статистично недостовірних та мізерних ефектів, в порівнянні з об'єктивною статистичною похибкою, існуючими відмінностями в складі хворих, суб'єктивізмом в визначенні причини смерті та т. ін.

Загалом можна констатувати, що будь-який аналіз показників, зокрема "рейтингових", має провадитися з урахуванням всіх факторів, що на них впливають, та їх складових – як математичних (статистична похибка), так і особливостей збору та реєстрації інформації, ступеню довіри до первинних даних та т. ін. Без урахування цього аналіз не тільки не дасть обґрунтованих висновків, але швидше зашкодить, стимулюючи працівників всіх рівнів не до підвищення якості даних та планомірної роботи по розбудові онкологічної допомоги, а до "соціалістичного змагання" з викривлення об'єктивної інформації задля "рейтингових" відсотків.

Таблиця Т2. Розподіл хворих, які не прожили року з моменту встановлення діагнозу та не враховані в показнику "летальність до року", Україна, 2004 р. (за адміністративними територіями)

Адміністративна територія	Померлі, що не прожили року з мом.вст.діагнозу, але не враховані в показнику "летальність до року"		з них – "відомчих" хворих		з діагнозом, зареєстрованим в наступному за встановленням році		з помертньо встановленим діагнозом		померлі не від ЗН та не від ускладнень лікування ЗН	
	кількість	%*	кількість	%*	кількість	%*	кількість	%*	кількість	%*
<b>Україна</b>	<b>9673</b>	<b>6.2</b>	<b>796</b>	<b>0.5</b>	<b>2477</b>	<b>1.6</b>	<b>2285</b>	<b>1.5</b>	<b>4324</b>	<b>2.8</b>
АР Крим	441	6.3	1	0.0	142	2.0	17	0.2	289	4.1
Вінницька	349	6.2	138	2.5	60	1.1	24	0.4	131	2.3
Волинська	165	6.1	0	0.0	31	1.1	62	2.3	72	2.7
Дніпропетровська	651	5.3	19	0.2	193	1.6	123	1.0	318	2.6
Донецька	968	6.2	165	1.1	404	2.6	195	1.3	221	1.4
Житомирська	210	5.1	0	0.0	68	1.7	43	1.1	104	2.5
Закарпатська	241	8.1	0	0.0	40	1.4	62	2.1	138	4.7
Запорізька	455	6.5	60	0.9	138	2.0	137	1.9	130	1.8
Ів.-Франківська	155	4.3	0	0.0	23	0.6	19	0.5	112	3.1
Київська	316	5.3	23	0.4	72	1.2	81	1.4	138	2.3
Кіровоградська	265	6.2	0	0.0	13	0.3	53	1.2	190	4.4
Луганська	505	6.7	65	0.9	189	2.5	117	1.5	153	2.0
Львівська	166	2.3	1	0.0	62	0.9	18	0.2	86	1.2
Миколаївська	343	7.5	0	0.0	37	0.8	128	2.8	181	3.9
Одеська	508	5.7	1	0.0	117	1.3	237	2.7	160	1.8
Полтавська	299	5.3	24	0.4	62	1.1	12	0.2	200	3.5
Рівненська	218	7.0	9	0.3	119	3.8	24	0.8	69	2.2
Сумська	179	4.2	0	0.0	47	1.1	13	0.3	119	2.8
Тернопільська	110	3.4	0	0.0	23	0.7	32	1.0	53	1.6
Харківська	1001	10.5	95	1.0	181	1.9	293	3.1	541	5.7
Херсонська	169	4.9	0	0.0	46	1.3	49	1.4	78	2.3
Хмельницька	303	6.6	0	0.0	71	1.6	64	1.4	172	3.8
Черкаська	449	9.5	0	0.0	83	1.8	165	3.5	209	4.4
Чернівецька	55	2.2	0	0.0	17	0.7	23	0.9	18	0.7
Чернігівська	267	7.1	0	0.0	56	1.5	50	1.3	159	4.2
м. Київ	807	9.1	195	2.2	168	1.9	185	2.1	280	3.1
м.Севастополь	78	4.4	0	0.0	15	0.8	59	3.3	3	0.2

Таблиця Т3. Розподіл хворих, які не прожили року з моменту встановлення діагнозу та не враховані в показнику "летальність до року", Україна, 2004 р. (за системами органів згідно МКХ)

Системи органів згідно МКХ	Померлі, що не прожили року з мом.вст.діагнозу, але не враховані в показнику "летальність до року"		з них – "відомчих" хворих		з діагнозом, зареєстрованим в наступному за встановленням році		з помертньо встановленим діагнозом		померлі не від ЗН та не від ускладнень лікування ЗН	
	кількість	%*	кількість	%*	кількість	%*	кількість	%*	кількість	%*
<b>Всі ЗН (C00-C97)</b>	<b>9673</b>	<b>6.2</b>	<b>796</b>	<b>0.5</b>	<b>2477</b>	<b>1.6</b>	<b>2285</b>	<b>1.5</b>	<b>4324</b>	<b>2.8</b>
ЗН губи, порожнини рота і глотки (C00-C14)	349	6.1	19	0.3	92	1.6	29	0.5	210	3.7
ЗН органів травлення (C15-C26)	3520	8.8	326	0.8	968	2.4	986	2.5	1360	3.4
ЗН органів дихання і грудної клітини (C30-C39)	2055	9.2	191	0.9	499	2.2	546	2.4	875	3.9
ЗН кісток, суглобів і суглобових хрящів (C40-C41)	37	6.2	3	0.5	17	2.8	5	0.8	12	2.0
ЗН шкіри (C43-C44)	506	2.5	12	0.1	30	0.1	14	0.1	415	2.1
ЗН мезотеліальної, сполучної та ін. м'яких тканин (C45-C49)	164	8.0	14	0.7	50	2.4	41	2.0	61	3.0
ЗН молочної залози (C50)	429	2.8	34	0.2	111	0.7	56	0.4	241	1.6
ЗН жіночих статевих органів (C51-C58)	627	3.9	40	0.3	176	1.1	108	0.7	309	1.9
ЗН чолов. статевих органів (C60-C63)	316	5.1	30	0.5	82	1.3	50	0.8	164	2.7
ЗН сечовивідних шляхів (C64-C68)	530	5.6	40	0.4	125	1.3	124	1.3	260	2.7
ЗН ока, головного мозку і ін.відд.ЦНС (C69-C72)	292	11.2	15	0.6	97	3.7	156	6.0	34	1.3
ЗН щитовидної та ін.ендокринних залоз (C73-C75)	64	2.7	5	0.2	21	0.9	28	1.2	20	0.8
ЗН неточно визначених лок-й (C76)	7	6.5	0	0.0	0	0.0	6	5.6	0	0.0
ЗН вторинних локаліз-й (C77-C79)	333	8.5	24	0.6	107	2.7	24	0.6	190	4.9
ЗН невідомої локалізації (C80)	30	11.9	2	0.8	7	2.8	11	4.4	11	4.4
ЗН лімфоїдної, кровотворної і споріднених їм тканин (C81-C96)	414	5.4	41	0.5	95	1.2	124	1.6	162	2.1

\* - розраховано до загальної кількості хворих з діагнозом захворювання на ЗН, вперше встановленим в 2004 р. (знаменник показника "Не прожили одного року з моменту встановлення діагнозу ЗН").