

ЧОМУ В ОНКОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ УКРАЇНИ НЕ ПРОВОДИТЬСЯ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ВИЖИВАНOSTI

Головною метою побудови канцер-реєстру було створення можливості відображення реальної онкологічної ситуації в регіоні для подальшого покращення діяльності онкологічної служби. На канцер-реєстр покладена місія реєструвати та демонструвати як досягнення, так і недоліки протиракової боротьби на адміністративній території.

Онкологічна ситуація в регіоні характеризується показниками захворюваності та смертності, та найбільш об'єктивним показником, який демонструє стан організації та якість наданої населенню онкологічної допомоги, є показник виживаності. Показник виживаності – це інтегральний показник оцінки рівня діагностичної, лікувальної та організаційної роботи.

Чому аналіз виживаності такий важливий? Онкологічні хвороби – це об'єктивна реальність, яка існує. Змінювати ставлення населення до онкологічного захворювання та його фатальності можливо тільки за умов демонстрації ефективності лікування за допомогою показника виживаності. Ми можемо показати, скільки людей щорічно і в якому віці хворіє на рак, але пересічного громадянина хвилює, які шанси на життя має онкологічний хворий. Тільки на підставі показника виживаності можна показати, на яких стадіях розвитку хвороби шанси хворого вижити високі і наскільки високі. Тільки при наявності такої інформації хворі звернуться до онкологічних клінік, а не будуть ходити по колу в пошуках порятунку.

Показник виживаності оцінює можливість хворого вижити впродовж певного проміжку часу. Розрізняють показники одно-, двох-, трьохрічної і т.д. виживаності. В медичній практиці прийнято обчислювати показник п'ятирічної виживаності, тобто оцінювати шанси хворих прожити п'ять років з моменту встановлення діагнозу або проведеного лікування. В клінічних дослідженнях аналіз виживаності використовується для оцінки ефективності застосованих методів лікування, а в епідеміологічних популяційних дослідженнях – для оцінки якості онкологічної допомоги населенню. Аналіз виживаності прийнятий в усьому світі як найбільш достовірне і інформативне джерело оцінки ефективності наданої онкологічної допомоги або порівняльної оцінки застосованих методів лікування.

Можливості канцер-реєстру дозволяють обчислити показники виживаності для всіх захворювань. В ідеальному випадку досліджувана група для проведення аналізу виживаності повинна складатися з двох частин:

- хворі, які прожили вибраний термін часу (рік, два роки, п'ять років та т.ін.);
- хворі, які померли протягом вибраного терміну часу.

Проте, провести такий розподіл хворих на такі дві групи можна лише за умови, якщо дані ретельно „простежені”, тобто про кожного хворого можна сказати, живий він чи помер. При виконанні цих застережень можна розраховувати показник виживаності. Але в реальному житті спостерігається ситуація, коли існує третя група хворих, так звані „непростежені” - хворі, про яких невідомо, живі вони чи померли. Доведено, що така група непростежених повинна складати не більше 5% від кількості всієї досліджуваної групи, інакше рівень достовірності показника виживаності низький і величина його може змінюватись в залежності від простеженості вибірки.

Зазначимо, що показник летальності протягом року є ключовим показником, який використовується при розрахунку показника виживаності, і він також повинен ґрунтуватися на ретельно простежених даних.

Розглянемо, наскільки достовірним є показник летальності хворих протягом першого року на прикладі вибірки жінок, що захворіли на рак молочної залози в Україні в останні роки.

За уточненими даними канцер-реєстру в 2005 році на рак молочної залози в Україні захворіло 16 346 жінок, з них протягом року померла 2 081 жінка (Табл.Т1). По прийнятому розрахунку летальність до року (кількість померлих протягом року, поділена на загальну кількість захворілих) складає 12.7%. Але серед всіх хворих, які захворіли в 2005 році, 58.2% (8 304 жінок) не простежені, тобто про них невідомо, померли вони чи живі протягом першого року з моменту встановлення діагнозу.

Табл. Т1. Летальність до року жінок, що захворіли на рак молочної залози, Україна, 2005 р.

Адміністративна територія	Всього	Не прожили року		Не простежені протягом першого року спостереження	
		абс.кількість	%	абс.кількість	%
Україна	16346	2081	12.7	8304	58.2
АР Крим	760	85	11.2	548	81.2
Вінницька обл.	512	47	9.2	163	35.1
Волинська обл.	285	43	15.1	140	57.9
Дніпропетровська	1403	176	12.5	602	49.1
Донецька обл.	1754	259	14.8	865	57.9
Житомирська обл.	333	38	11.4	177	60.0
Закарпатська обл.	265	28	10.6	179	75.5
Запорізька обл.	663	88	13.3	504	87.7
Івано-Франківська	334	44	13.2	159	54.8
Київська обл.	621	74	11.9	251	45.9
Кіровоградська	383	48	12.5	111	33.1
Луганська обл.	826	118	14.3	186	26.3
Львівська обл.	720	108	15.0	465	76.0
Миколаївська обл.	442	53	12.0	214	55.0
Одеська обл.	1001	159	15.9	533	63.3
Полтавська обл.	541	83	15.3	343	74.9
Рівненська обл.	268	41	15.3	171	75.3
Сумська обл.	424	43	10.1	281	73.8
Тернопільська	246	27	11.0	151	68.9
Харківська обл.	1219	143	11.7	878	81.6
Херсонська обл.	449	60	13.4	98	25.2
Хмельницька обл.	417	45	10.8	168	45.2
Черкаська обл.	482	67	13.9	183	44.1
Чернівецька обл.	245	36	14.7	159	76.1
Чернігівська обл.	353	37	10.5	128	40.5
м. Київ	1203	115	9.6	510	46.9
м. Севастополь	197	16	8.1	137	75.7

Зрозуміло, що при такому рівні простеженості хворих не можна проводити навіть аналіз однорічної виживаності, а достовірність показника летальності до року ставиться під сумнів. Складається враження, що в деяких областях диспансерний нагляд за хворими відсутній, або не проводиться реєстрація даних про контрольні обстеження хворих. Так, в АР Крим, Запорізькій, Львівській, Рівненській, Полтавській Харківській, Чернівецькій областях реєструються тільки дані про смерть хворих и не реєструються відомості про їх амбулаторний або стаціонарний контрольний огляд.

Якщо проаналізувати дані попередніх років, то в 2002-2004 рр. на рак молочної залози в Україні захворіло 45 367 жінок і 6 399 жінок померло протягом першого року (Табл. Т2). Летальність до року за цей період складала 13.4%. Загальна непростеженість даних, тобто довіра до цього результату, складала 18.8 %, що також неприйнятно для проведення аналізу виживаності. В таких областях, як Запорізька, Рівненська, Львівська, Харківська, Чернівецька, Тернопільська, Миколаївська та в АР Крим і м. Севастополь, рівень не простежених хворих дуже високий (63-32%), що свідчить про низький рівень диспансерного нагляду за хворими. Але в таких областях, як Луганська, Вінницька, Херсонська, Хмельницька, Кіровоградська, Чернігівська та м. Київ, рівень довіри до даних високий (менше 5% непростежених), що достатньо для проведення аналізу виживаності, а показник летальності до року в них є достовірним. Показник дворічної виживаності можна обчислити лише на даних Херсонської області, аналіз трьохрічної виживаності неможливо провести вже в жодній з областей.

Табл. Т2. Летальність до року жінок, що захворіли на рак молочної залози, Україна, 2002-2004 рр.

Адміністративна територія	Всього	Не прожили року		Не простежені протягом першого року спостереження	
		абс.кількість	%	абс.кількість	%
Україна	47811	6399	13.4	7774	18.8
АР Крим	2444	338	13.8	733	34.8
Вінницька обл.	1580	182	11.5	10	0.7
Волинська обл.	734	87	11.9	95	14.7
Дніпропетровська	4055	553	13.6	356	10.2
Донецька обл.	5136	879	17.1	389	9.1
Житомирська обл.	1136	180	15.8	217	22.7
Закарпатська обл.	915	110	12.0	115	14.3
Запорізька обл.	2176	285	13.1	1191	63.0
Івано-Франківська	1048	125	11.9	54	5.9
Київська обл.	1674	181	10.8	84	5.6
Кіровоградська	1192	152	12.8	37	3.6
Луганська обл.	2519	400	15.9	5	0.2
Львівська обл.	2021	264	13.1	830	47.2
Миколаївська обл.	1437	188	13.1	397	31.8
Одеська обл.	2977	384	12.9	499	19.2
Полтавська обл.	1561	244	15.6	97	7.4
Рівненська обл.	748	105	14.0	308	47.9
Сумська обл.	1217	127	10.4	199	18.3
Тернопільська	787	107	13.6	239	35.1
Харківська обл.	3214	441	13.7	1163	41.9
Херсонська обл.	1232	170	13.8	8	0.8
Хмельницька обл.	1164	142	12.2	9	0.9
Черкаська обл.	1326	153	11.5	138	11.8
Чернівецька обл.	634	91	14.4	205	37.8
Чернігівська обл.	1023	127	12.4	40	4.5
м. Київ	3301	312	9.5	116	3.9
м. Севастополь	560	72	12.9	240	49.2

Таким чином, проведений аналіз інформації про хворих в канцер-реєстрі показав, що проведення аналізу виживаності можливо тільки в декількох областях, в яких здійснюється диспансерний нагляд за хворими і результати контрольних спостережень ретельно заносяться в базу даних реєстру.

Оскільки проведення аналізу виживаності на даний час неможливе, то про ефективність наданої онкологічної допомоги населенню судять на підставі показника летальності до року. Але при цьому необхідно завжди оцінювати рівень достовірності отриманого показника летальності. Проте, цей показник неможливо порівнювати з міжнародними дослідженнями, в яких користуються лише показником виживаності.

Треба зазначити, що проведення ефективної диспансеризації хворих і реєстрації її результатів потребує значних організаційних і людських ресурсів. На жаль, не у всіх онкологічних диспансерах, як центрах онкологічної допомоги населенню в регіоні, належно оцінюють значення такої роботи та забезпечують її виконання необхідними матеріально-технічними та кадровими ресурсами.

В умовах реформування охорони здоров'я об'єктивізація оцінки ефективності діяльності лікувально-профілактичних закладів набуває першочергового значення. Для онкологічної служби це визначення виживаності - показника, який всебічно оцінює весь лікувально-діагностичний процес в галузі та рівень організації протиракової боротьби в регіоні.