

Епідеміологія раку нирки в Україні

Н.О. Сайдакова¹, Л.М. Старцева¹, В.Л. Царенко², І.В. Гродзінський³, О.О. Ониськів⁴, Г.А. Шевченко⁵

¹ДУ «Інститут урології НАМН України», м. Київ

²КЗ «ОЛ-ЦЕМД та МК» Черкаської обласної ради, м. Черкаси

³Коломийська ЦРБ, м. Коломия

⁴Міська лікарня №2, м. Тернопіль

⁵Олександрівська клінічна лікарня, м. Київ

Проведене дослідження з вивчення захворюваності та поширеності раку нирок (РН) серед дорослого населення України, встановлені їх особливості в окремих регіонах з визначенням темпів приросту за абсолютними та інтенсивними показниками. Підтверджена правомірність використання запропонованої (2000 р.) функції визначення прогностичних величин захворюваності на РН як для всього населення, так і окремо для чоловіків і жінок. Установлена роль профілактичних оглядів у ранньому виявленні патології. Проведено порівняльний аналіз рівня смертності серед чоловіків і жінок, міського та сільського населення.

Ключові слова: рак нирки, захворюваність, поширеність, смертність, якісні показники спеціалізованої допомоги.

Незважаючи на те, що серед усіх злоякісних новоутворень рак нирки (РН) в Україні посідає восьме місце серед чоловіків та дванадцяте – серед жінок (відповідно 6 та 12 – в індустріально розвинутих країнах і 12 та 17 – у світі), ця патологія залишається однією із найбільш серйозних проблем онкології, на чому наголошують фахівці відповідного профілю [3, 5–7, 15, 16, 21, 22]. У структурі онкологічної захворюваності в більшості країн на РН припадає 2–3%, в Україні, як і в Росії, їх частка зростає до 4% [1, 4, 7, 9, 17, 23].

Підвищена увага до різних аспектів медичної допомоги хворим із зазначеною патологією зумовлена неухильним зростанням кількості нових випадків хвороби, низькою виживаністю і високою смертністю. При цьому слід наголосити на переважне ураження осіб у віці 30–54 роки з піком захворюваності у віці 50–60 років [4, 11, 12, 16]. На підтвердження наведених положень слід звернути увагу на конкретні статистичні дані. Так, щорічно у світі РН вперше діагностують у 200–210 тис. осіб, в Росії – у 15 тис., в Україні – близько 5 тис. чоловік [3, 9, 10]. Темп приросту різний в окремих країнах і коливається по роках спостереження. Зокрема, інтенсивність збільшення кількості захворювань у світі становить приблизно 2%, тоді як у Росії, наприклад, іноді досягає 50%, в Україні – 5–20% [2, 6, 9, 17, 25]. Це призвело до того, що вже декілька останніх років РН в Україні серед пухлин сечостатевої системи посідає друге місце (29,3%) після раку передміхурової залози (37,5%). Важливими в порівняльному аспекті з наведеними вище даними є дані, що кожний рік із числа осіб із уперше встановленим діагнозом помирають близько 50% хворих, а саме: у світі – 102 тис., в Росії – понад 81 тис., що складає 2,9% в структурі смертності від злоякісних новоутворень.

Ситуація пояснюється і ускладнюється тим, що стабільно протягом багатьох років у 25–35% виявляють місцево-поширений РН з віддаленими або регіональними метастазами. Більше того, після хірургічного лікування у хворих з локалізованою та місцево-поширеною його стадіями виникнення рецидивів та метастазів складає

30–40% [1, 8, 9, 12–14, 17, 18, 19, 26]. За таких умов на сьогодні 5-річна виживаність у групі з локалізованим РН досягає 80–90%, з місцево-поширеним – 50–60%, у разі дисемінованого РН живуть усього 5–10%. Як зазначають автори, мінімум 50% хворих із уперше встановленим діагнозом потребують системного лікування [1, 6, 8, 11, 13, 16, 25].

Результати вивчення інформаційних ресурсів свідчать про значну кількість публікацій, присвячених саме різним аспектам лікування зазначеної категорії хворих. Враховуючи непередбачуваність клінічного перебігу хвороби, практичну неможливість її профілактики, зазначену авторами резистентність до променевої та хіміотерапії зараз більшість фахівців роблять акцент на вдосконалення хірургічної технології і, зокрема, на органозберігальних операціях в комплексі із такими сучасними методами, як імунохіміотерапія, вакцинотерапія, таргетна терапія [1, 2, 4, 6, 8–10, 20, 24, 26]. При цьому наголошується, що вибір раціональної індивідуалізованої тактики ведення хворих щодо забезпечення бажаного очікуваного ефекту, як і планування для цього відповідних заходів, стає реально можливим за наявності адекватних даних стосовно стадії пухлинного процесу.

Виходячи з викладеного вище, стає очевидним, що для проведення відповідних клініко-організаційних заходів з вирішення питання надання сучасної спеціалізованої допомоги хворим на РН виникає потреба у володінні об'єктивною інформацією відносно особливостей як захворюваності та поширеності патології серед різних верств населення в окремих адміністративних територіях України, так і показників її якості та результативності на сьогодні.

Зазначене зумовлює актуальність даного дослідження, головною метою якого є визначення в Україні епідеміологічних особливостей РН в регіональному аспекті.

Крім того, мотивацією до його проведення стала потреба у перевірці дієвості складеної нами і опублікованої у 2000 р.* прогностичної функції з визначення рівня захворюваності серед дорослого населення РН, а також можливість порівняти фактичні показники за два десятирічні періоди (1989–1998 та 2000–2009), що надасть доказовості висновкам під час визначення тенденцій.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У роботі вивчали основні кількісні та якісні показники спеціалізованої допомоги хворим на РН, які передбачені щорічними державними і галузевими статистичними звітами медичних закладів МОЗ та Держкомстату України (ф.7 та ф.35). Ураховуючи значення ролі місцевого самоврядування, в тому числі у сфері охорони здоров'я, для розроблення відповідних клініко-організаційних, управлінських заходів щодо покращання допомоги зазначеній категорії хворих доцільним вважали здійснити аналіз досліджуваних явищ у

* Урологія, 2000. – № 4. – С. 3–9.

регіональному аспекті. Таким чином, інформацію за відповідними показниками надають у роботі по Україні в цілому та окремо по п'яти економіко-географічним регіонам з областями, що входять до їх складу, а саме: Західний (Волинська, Закарпатська, Івано-Франківська, Львівська, Рівненська, Тернопільська, Чернівецька), Центральний (Вінницька, Житомирська, Київська, Хмельницька, Черкаська), Північно-Східний (Полтавська, Сумська, Чернігівська), Південно-Східний (Дніпропетровська, Донецька, Запорізька, Кіровоградська, Луганська, Харківська), Південний (Автономна Республіка Крим, Миколаївська, Одеська, Херсонська), а також міста Київ і Севастополь. Термін спостереження складав 10–15 років, залежно від повноти даних, при цьому виділялись п'ятирічні періоди, що дозволяло простежити інтенсивність змін процесів. Конкретні роки вивчення були такими: 1995–2009, відповідно до цього перший період охоплював 1995–1999 рр., другий – 2000–2004 рр., третій – 2005–2009 рр.

Слід підкреслити, що визначений термін вивчення є достатнім для того, щоб простежити тенденції, особливості, виявити закономірності, які характерні для України по регіонах в аспекті питань, що розглядались.

Аналізувались абсолютні та відносні величини, проводили також розрахунок середніх величин для характеристики статистичної сукупності з метою визначення найбільш типових характерних рис. Динаміку процесів виявляли за такими показниками: приріст чи зменшення, темп росту чи зниження. Під час визначення середньої похибки показника захворюваності, поширеності використовували формулу Пуассона, під час оцінювання достовірності статистичних величин – критерій Стьюдента.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Аналіз динаміки зареєстрованих в Україні хворих на РН свідчить про їх неухильне зростання по всій її території. У 2009 р. на облік перебували 28 798 пацієнтів, що на 31,2% більше, ніж у 2005 р. При цьому слід наголосити, що в попередні п'ять років (2000–2004) інтенсивність приросту була меншою і дорівнювала 26,2%. Простежена особливість потребує позитивної оцінки, оскільки накопичення хворих з роками свідчить про подовження тривалості їх життя, передусім, завдяки можливостям сучасної медицини, арсенал якої щорічно поповнюється новими та вдосконаленими методами

діагностики та лікування, а також дотримання диспансерного спостереження.

Неабияке значення має також медична активність, яка суттєво зростає разом із усвідомленням пацієнтів про потребу щодо збереження власного здоров'я та сподіваннями на якісну онкологічну допомогу, що ґрунтуються в тому числі на повідомленнях в засобах масової інформації.

Поширеність патології має свої особливості. При тому, що її показники (абсолютні та інтенсивні) по-різному зростають в окремих регіонах та їх областях, відсоток хворих в них за роки спостереження не зазнав достовірних змін. Найбільший темп приросту за абсолютними та інтенсивними показниками спостерігається в Західному регіоні, найменший – в Північно-Східному. У структурі розподілу хворих за кількістю зареєстрованих перше місце належить Південно-Східному регіону (34%), друге – Західному (17,7%), третє – розділяють Центральний (15,4%) та Південний (15,2%), за ними розташовується Північно-Східний (8,7%). Окремо слід виділити столицю, де кількість таких хворих статистично не відрізняється від тієї, що зареєстрована в Північно-Східному регіоні (7,9±0,6% проти 8,7±0,6%; $p > 0,05$). Півною мірою представлені відомості узгоджуються із часткою населення, що проживає на тій чи іншій території. Наведені вище дані знаходять своє підтвердження в табл. 1.

За даними табл. 1 простежується також динаміка інтенсивних показників поширеності РН. Загальний характер їхніх змін близький до тих, що виявилися за абсолютними величинами. Рівень поширеності РН серед населення з 2005 р. по 2009 р. підвищився на 34,5% і досяг 62,7 на 100 тис. За величиною показника виділяються міста Київ та Севастополь, з регіонів – Південний (66,6 на 100 тис.) та Північно-Східний (66,2 на 100 тис.). Не можна обминути увагою Західний регіон. На сьогодні тут самий низький рівень поширеності (52,3 на 100 тис.), проте темп його зростання в останні п'ять років більший серед інших. Якщо розглянути по областях, то відзначена інтенсивність змін формується за рахунок Івано-Франківської та Тернопільської, де показник становив 47,4% та 94,2% відповідно, тоді як серед решти п'яти областей він перебував в межах 30–36%. Високий показник має місце ще в Запорізькій області (65,4%) Північно-Східного регіону. В усіх інших – коливається від 20% в Полтавській до 38% – у Волинській. Проте реально оцінити наведену вище інформацію можна в контексті з даними динаміки захворюваності та такими якісними показниками, як про по-

Таблиця 1

Динаміка зареєстрованих хворих на РН та показники поширеності патології серед дорослого населення України та адміністративних її територій

| Адміністративні території | Абсолютні величини | | | | | | На 100 тис. дорослого населення | | |
|---------------------------|--------------------|-------|---------|--------|-------|------|---------------------------------|---------|-------|
| | 2005 р. | % | 2009 р. | % | Т п/з | m | 2005 р. | 2009 р. | Т п/з |
| Західний | 3706 | 16,9 | 5092 | 7,7** | 37,4 | 0,7* | 37,4 | 52,3 | 39,8 |
| Центральний | 3382 | 15,4 | 4432 | 15,4** | 31,0 | 0,7* | 44,6 | 60,5 | 35,6 |
| Північно-Східний | 2027 | 9,2 | 2494 | 8,7** | 23,0 | 0,8* | 51,0 | 66,2 | 25,8 |
| Південно-Східний | 7430 | 33,8 | 9811 | 34,0** | 32,0 | 0,5* | 44,0 | 61,1 | 38,9 |
| Південний | 3412 | 15,5 | 4384 | 15,2** | 28,5 | 0,7* | 51,0 | 66,6 | 30,6 |
| м. Київ | 1728 | 7,9 | 2261 | 7,9** | 30,8 | 0,9* | 65,8 | 83,0 | 39,8 |
| м. Севастополь | 272 | 1,2 | 324 | 1,1** | 19,1 | 2,2* | 72,2 | 85,7 | 18,7 |
| Україна | 21957 | 100,0 | 28798 | 100,0 | 31,2 | 0,3* | 46,6 | 62,7 | 34,5 |

* – різниця достовірна між величинами; $p < 0,05$; ** – різниця недостовірна в межах регіонів; $p > 0,05$.

Динаміка кількості вперше діагностованих випадків РН та показників захворюваності дорослого населення України з урахуванням адміністративних її територій (за 15 років)

| Адміністративні території | Абсолютні величини | | | | | На 100 тис. дорослого населення | | | |
|---------------------------|-----------------------|-----------------|-----------------|-------|-------|---------------------------------|-----------------|-----------------|-------|
| | Періоди спостереження | | | | | Періоди спостереження | | | |
| | 1-й (1995-1999) | 2-й (2000-2004) | 3-й (2005-2009) | | | 1-й (1995-1999) | 2-й (2000-2004) | 3-й (2005-2009) | |
| | Т п/з | Т п/з | 2009 | % | Т п/з | Т п/з | Т п/з | 2009 | Т п/з |
| Західний | 15,7 | 25,5 | 875 | 18,0 | 13,2 | 17,0 | 26,2 | 9,2 | 13,6 |
| Центральний | 5,5 | 11,0 | 768 | 15,7 | -3,6 | 9,1 | 14,0 | 10,5 | 0 |
| Північно-Східний | 14,5 | 2,3 | 467 | 9,6 | 4,5 | 17,8 | 9,0 | 12,4 | 12,7 |
| Південно-Східний | 17,7 | 10,5 | 1692 | 34,7 | 7,0 | 20,6 | 20,0 | 11,2 | 13,1 |
| Південний | 4,0 | 13,1 | 722 | 14,8 | 3,4 | 9,9 | 17,7 | 10,8 | 3,8 |
| м. Київ | 24,0 | 22,4 | 306 | 6,3 | 1,0 | 23,9 | 22,3 | 11,5 | -2,6 |
| м. Севастополь | 38,6 | 65,9 | 47 | 1,0 | 9,3 | 45,8 | 72,4 | 12,4 | 8,8 |
| Україна | 13,4 | 14,0 | 4877 | 100,0 | 7,2 | 18,0 | 19,0 | 10,6 | 7,0 |

Т п/з – темп приросту (зниження) в %.

мерлих до року з моменту встановлення діагнозу, кількості тих, хто живе понад 5 років, тощо.

Характер трендових змін захворюваності на РН населення країни наведений за абсолютними величинами. Результати вивчення свідчать, що кожен рік, за рідким винятком, збільшувалась кількість хворих із уперше встановленим діагнозом РН. На такому фоні позитивним виглядає доведений факт уповільнення з часом зазначеного процесу. Маючи можливість порівняти 1989–1998 рр. з 2000–2009 рр., слід підтвердити зазначене конкретними даними. А саме: темп приросту вперше зареєстрованих хворих за перше десятиріччя становив 56,3%, за друге – 24,5% і в результаті у 2009 р. їх було 4877 осіб.

Подальший детальний аналіз показників згідно з методикою за 15 років з виділенням трьох 5-річних періодів також дозволяє дійти аналогічного висновку. А саме: в останні п'ять років інтенсивність збільшення кількості вперше захворілих, зокрема по країні, була практично вдвічі менша, ніж за попереднє п'ятиріччя. Більш того, результат таких змін призвів до того, що у 2009 р. випадків із уперше зареєстрованим діагнозом РН було на 2,3% менше, ніж у 2008 р.; показник із розрахунку на 100 тис. також був меншим як серед осіб обох статей (на 1,9%), так й серед чоловіків (на 1,4%) та жінок (на 2,4%). Це наведено в табл. 2.

За даними табл. 2 можна зробити ще декілька висновків, які стосуються в тому числі й інтенсивних показників, що об'єктивніше відбивають явище. Так, за зростанням чисельності взятих на облік хворих зі встановленим діагнозом у кожному році виділяється Західний регіон, менше їх стало в Центральному.

Ідентичний характер має динаміка показників із розрахунку на 100 тис. населення. Так, у цілому по Україні рівень захворюваності становив 10,6 і на 7,0% був більшим, ніж у 2005 р., тоді як за попередні п'ять років (2000–2004) він зріс на 19%. Таким чином, як видно з даних табл. 2, тенденція до зменшення темпу приросту захворюваності має місце по всій території України і простежується не тільки за абсолютними величинами, вона підтверджується також інтенсивними коефіцієнтами. Простежені нами також регіональні особливості. Зокрема, інтенсивне накопичення хворих на РН в Західному регіоні пов'язане з суттєвим зростанням рівня захворюваності, який практично вдвічі більший, ніж в цілому по країні. Протилежна

картина спостерігається в Центральному регіоні і, зокрема, у столиці, де збільшення зареєстрованих хворих є наслідком зростання числа тих, хто живе 5 і більше років, при тому, що випадків із уперше встановленим діагнозом не стало більше.

За даними табл. 3 і 4 можна виявити особливості за статтю. Слід зазначити, що більше половини із загальної кількості вперше захворілих припадає на чоловіків, їхня частка становить 59–61% за роками спостереження. Темп зростання захворюваності серед жінок, що перевищували подібні показники серед чоловіків до 2000 р., почали зменшуватись і в останні п'ять років зрівнялись на величині 8%. У результаті у 2009 р. рівень захворюваності чоловіків на РН становив 13,6, жінок – 8,1 на 100 тис. населення. За високими показниками як жінок, так і чоловіків, виділяють Північно-Східний, Південно-Східний регіони та міста Київ і Севастополь.

Що стосується безпосередньо захворюваності на НКР населення забруднених радіонуклідами регіонів (ЗРР), то його частка на фоні зростання у 1989–1998 рр. (з 12,6% до 15,0%) стабілізувалася і перебуває в межах 14,4–15,3%. Серед ЗРР найбільше випадків реєструвалося в Київській, Черкаській і Чернігівській областях до 2002 р., надалі в зв'язку з різними темпами приросту Житомирська область випередила останні і посіла третє місце. Не зберігалась і перевага чоловіків, що мало місце в 90-х роках ХХ ст., вона змінилася, як передбачалося прогнозом, рівнозначним представництвом у статевій структурі чоловіків та жінок, які вперше захворіли; на частку кожної статі тих, хто проживає на території радіоактивно забруднених областей, серед загальної кількості по країні відповідної категорії припадає по 15% з коливаннями до 1%. Зазначений процес певним чином відбився на величинах показників Центрального регіону, де зменшення числа чоловіків серед когорти хворих залишається суттєвим, оскільки 3 з 5 областей, що входять до його складу, постраждали від аварії на ЧАЕС. Характеризуючи стан захворюваності серед областей, забруднених радіонуклідами, у порівнянні з іншими, відзначається відсутність між ними суттєвої різниці за величинами. Зокрема, у 2009 р. їх значення серед ЗРР областей перебувало в межах 8,8–12,5 на 100 тис. населення (Черкаська та Чернігівська), по решті інших – 6,9–14,5 (Закарпатська, Кіровоградська), у цілому по Україні – 10,6.

ОНКОЛОГИЯ

Таблиця 3

Динаміка кількості вперше діагностованих випадків РН та показників захворюваності серед чоловічого населення України з урахуванням адміністративних її територій (за 15 років)

| Адміністративні території | Абсолютні величини | | | | На 100 тис. дорослого населення | | | |
|---------------------------|-----------------------|-------|------|-------|---------------------------------|-------|------|-------|
| | Періоди спостереження | | | | Періоди спостереження | | | |
| | 1-й | 2-й | 3-й | | 1-й | 2-й | 3-й | |
| | Т п/з | Т п/з | 2009 | Т п/з | Т п/з | Т п/з | 2009 | Т п/з |
| Західний | 19,5 | 18,4 | 530 | 7,7 | 21,2 | 16,7 | 12,0 | 10,0 |
| Центральний | 3,3 | 9,0 | 431 | -11,0 | 5,7 | 14,6 | 12,8 | -8,0 |
| Північно-Східний | 3,4 | -4,8 | 295 | 10,5 | 7,0 | 0,8 | 17,3 | 20,0 |
| Південно-Східний | 12,5 | 9,5 | 1000 | 9,8 | 17,9 | 20,2 | 14,5 | 17,9 |
| Південний | 7,0 | 5,2 | 423 | 8,2 | 16,1 | 13,7 | 13,6 | 6,4 |
| м. Київ | 18,5 | 25,3 | 172 | -8,0 | 20,3 | 26,5 | 13,7 | -11,0 |
| м. Севастополь | 275,0 | 74,0 | 29 | 52,6 | 295,2 | 85 | 16,8 | 51,4 |
| Україна | 12,2 | 10,5 | 2881 | 4,7 | 16,3 | 16,2 | 13,6 | 8,0 |

1-й період – 1995–1999 рр.; 2-й – 2000–2004 рр.; 3-й – 2005–2009 рр.

Таблиця 4

Динаміка кількості вперше діагностованих випадків РН та показників захворюваності серед жіночого населення України з урахуванням адміністративних її територій (за 15 років)

| Адміністративні території | Абсолютні величини | | | | На 100 тис. дорослого населення | | | |
|---------------------------|-----------------------|-------|------|-------|---------------------------------|-------|------|-------|
| | Періоди спостереження | | | | Періоди спостереження | | | |
| | 1-й | 2-й | 3-й | | 1-й | 2-й | 3-й | |
| | Т п/з | Т п/з | 2009 | Т п/з | Т п/з | Т п/з | 2009 | Т п/з |
| Західний | 10,9 | 38,8 | 344 | 22,4 | 9,5 | 34,8 | 6,8 | 21,4 |
| Центральний | 8,8 | 14,0 | 337 | 7,7 | 14,6 | 18,2 | 8,5 | 11,8 |
| Північно-Східний | 32,5 | 15,3 | 172 | -4,4 | 37,3 | 1,4 | 8,2 | 1,2 |
| Південно-Східний | 26,2 | 12,1 | 692 | 3,1 | 29,5 | 26,3 | 8,4 | 6,3 |
| Південний | 0,4 | 25,7 | 299 | -11,0 | 5,7 | 0 | 8,4 | 0 |
| м. Київ | 33,7 | 17,6 | 134 | 15,5 | 35,0 | 6,2 | 9,1 | 11,0 |
| м. Севастополь | -50,0 | 55,5 | 18 | -25,0 | -47,6 | 52,0 | 8,7 | - |
| Україна | 15,1 | 19,6 | 1996 | 5,5 | 17,6 | 16,7 | 8,1 | 8,0 |

Нема потреби коментувати важливість для науки, практичної охорони здоров'я володіння прогностичними тенденціями, особливо, якщо це стосується онкологічної патології. Базуючись на даних нашого дослідження, коли на 1989 р. була запропонована функція визначення прогностичних величин захворюваності на РН для усього населення та окремо для чоловіків і жінок, вирішили перевірити її дієвість. Наводимо результати:

Для всього населення – $y = 4,52 + 0,30 \cdot t$;
 для чоловіків – $y = 5,60 + 0,42 \cdot t$;
 для жінок – $y = 3,68 + 0,17 \cdot t$.

Ураховуючи, що базовим роком для розрахунків був 1989 р., то на 2009 р. показники дорівнюють згідно з формулами:

$4,52 + 0,30 \cdot 20 = 10,52$;
 $5,60 + 0,42 \cdot 20 = 14,0$;
 $3,68 + 0,17 \cdot 20 = 7,1$.

Тобто ми отримали теоретично розраховані рівні захворюваності на РН серед обох статей (10,52), серед чоловіків (14,0), жінок (7,1), фактичними вони були: 10,6; 13,6 та 8,1 відповідно. Наведені дані свідчать про правомірність використання і надалі запропонованої функції за необхідності визначення прогностичних тенденцій.

За умов, коли практично відсутня профілактика захворювання і разом з тим досягнуті успіхи в його лікуванні, одним з головних проблемних питань в системі надання спеціалізованої допомоги таким хворим є рання діагностика. Адже виявлення РН на I–II стадіях дозволяє здійснити адекватне, раціональне лікування, в більшості випадків запобігти ускладненням та метастазуванню і таким чином продовжити тривалість життя. Цьому повинні були б сприяти профілактичні огляди. Проте, частка хворих виявлена таким чином протягом усіх років спостереження надзвичайно низька і динаміка її викликає занепокоєння (табл. 5). У цілому по Україні тільки 13,7% хворих виявляють під час профілактичного огляду; в двох регіонах (Північно-Східному, Південному) показник став суттєво меншим і лише в Києві у кожного

ОНКОЛОГИЯ

Таблиця 5

Динаміка питомої ваги хворих на РН, діагноз у яких виявлений під час профілактичного огляду

| Адміністративні території | 2005 р. | | 2009 р. | | Т п/з | Р |
|---------------------------|---------|-----|---------|-----|-------|-------|
| | % | т | % | т | | |
| Західний | 9,8 | 3,4 | 12,5 | 3,1 | 27,6 | >0,05 |
| Центральний | 4,3 | 2,8 | 15,2 | 3,3 | 108,2 | <0,05 |
| Північно-Східний | 11,4 | 4,5 | 9,0 | 4,4 | -21,0 | >0,05 |
| Південно-Східний | 11,1 | 2,4 | 11,2 | 2,3 | 1,0 | >0,05 |
| Південний | 17,5 | 3,4 | 8,4 | 3,6 | -52,0 | <0,05 |
| м. Київ | 28,8 | 4,9 | 30,4 | 4,7 | 5,6 | >0,05 |
| м. Севастополь | 8,8 | 4,0 | 17,0 | 3,6 | 93,2 | <0,05 |
| Україна | 11,8 | 1,3 | 13,7 | 1,3 | 16,1 | >0,05 |

Таблиця 6

Динаміка питомої ваги хворих із вперше встановленим діагнозом РН I - II стадій серед дорослого населення України

| Адміністративні території | 2005 р. | | 2009 р. | | Т п/з | Р |
|---------------------------|---------|------|---------|-----|-------|-------|
| | % | т | % | т | | |
| Західний | 42,4 | 2,7 | 42,7 | 2,2 | 0,7 | >0,05 |
| Центральний | 37,0 | 2,8 | 44,7 | 2,7 | 20,8 | <0,05 |
| Північно-Східний | 41,0 | 3,6 | 35,1 | 3,7 | -14,4 | >0,05 |
| Південно-Східний | 38,2 | 1,9 | 40,2 | 1,9 | 5,2 | >0,05 |
| Південний | 41,7 | 2,9 | 46,8 | 2,7 | 12,2 | >0,05 |
| м. Київ | 49,4 | 4,5 | 54,8 | 4,0 | 11,0 | >0,05 |
| м. Севастополь | 38,2 | 13,4 | 58,1 | 9,8 | 52,0 | >0,05 |
| Україна | 43,1 | 1,1 | 45,7 | 1,0 | 6,0 | <0,05 |

Таблиця 7

Динаміка питомої ваги хворих із уперше встановленим діагнозом РН IV стадії серед дорослого населення України

| Адміністративні території | 2005 р. | | 2009 р. | | Т п/з | Р |
|---------------------------|---------|-----|---------|-----|-------|-------|
| | % | т | % | т | | |
| Західний | 23,0 | 1,5 | 24,1 | 1,4 | 4,8 | >0,05 |
| Центральний | 23,0 | 1,5 | 17,4 | 1,4 | -24,3 | <0,05 |
| Північно-Східний | 22,1 | 1,9 | 21,8 | 1,9 | -1,4 | >0,05 |
| Південно-Східний | 19,6 | 0,9 | 19,3 | 0,9 | -1,5 | >0,05 |
| Південний | 22,0 | 1,6 | 21,0 | 1,5 | -4,5 | >0,05 |
| м. Київ | 31,9 | 6,0 | 18,9 | 5,5 | -40,8 | <0,05 |
| м. Севастополь | 26,5 | 5,3 | 30,2 | 6,7 | 14,0 | >0,05 |
| Україна | 23,3 | 0,6 | 21,8 | 0,6 | -6,4 | <0,05 |

третього діагнозу встановлений під час медичного огляду з різних причин.

Разом із тим, реальна ситуація проявляється тим, що менше ніж у половини хворих діагностують патологію на I–II стадіях. У 2005 р. відсоток таких випадків становив $43,1 \pm 1,1\%$, $45,7 \pm 1,0\%$, а у 2009 р. $45,7 \pm 1,0\%$ (табл. 6). Як видно із даних табл. 6, особливо несприятлива ситуація склалася в Північно-Східному, Південно-Східному регіонах, де на тлі високих показників захворюваності менше хворих виявляють на початковій стадії РН. Більш сприятлива картина спостерігається у столиці та м. Севастополі. Згідно з даними

табл. 6 у кожного п'ятого хворого на РН виявляють IV стадію. При цьому положення стало кращим за п'ять років тільки в Центральному регіоні та в м. Києві. Тоді як ретельне вивчення динаміки відповідних показників виявило їх погіршення в 10 областях та АР Крим, де за зазначений період збільшився відсоток хворих із уперше встановленим діагнозом РН IV стадії (табл. 7).

До таких областей належать: в Західному регіоні – Закарпатська, Рівненська, Тернопільська, в Центральному – Київська, Черкаська, в Північно-Східному – Полтавська, Південно-Східному – Донецька, Кіровоградська, Харківська,

ОНКОЛОГИЯ

Таблиця 8

Відсотки хворих на РН, що перебувають на обліку 5 та більше років (2000-2004, 2005-2009 роки)

| Адміністративні території | 2000 р. | | 2004 р. | | Т п/з за 5 років | Р | 2005 р. | | 2009 р. | | Т п/з за 5 років | Р |
|---------------------------|---------|------|---------|-----|------------------|--------|---------|-----|---------|-----|------------------|-------|
| | % | m | % | m | | | % | m | % | m | | |
| Західний | 44,0 | ±1,4 | 46,1 | 1,2 | 4,8 | > 0,05 | 47,4 | 1,2 | 51,0 | 1,0 | 7,6 | <0,05 |
| Центральний | 42,3 | ±1,4 | 44,1 | 1,3 | 4,3 | > 0,05 | 44,0 | 1,3 | 48,8 | 1,1 | 11,0 | <0,05 |
| Північно-Східний | 46,2 | ±1,7 | 47,3 | 1,7 | 2,4 | > 0,05 | 48,0 | 1,6 | 49,8 | 1,4 | 3,8 | >0,05 |
| Південно-Східний | 45,4 | ±0,9 | 47,5 | 0,9 | 4,6 | < 0,05 | 47,8 | 0,8 | 50,4 | 0,7 | 5,4 | <0,05 |
| Південний | 47,3 | ±1,3 | 48,2 | 1,3 | 1,9 | > 0,05 | 48,8 | 1,2 | 52,2 | 1,0 | 7,0 | <0,05 |
| м. Київ | 45,7 | ±1,9 | 50,0 | 1,7 | 9,4 | < 0,05 | 50,8 | 1,7 | 55,2 | 1,4 | 8,7 | <0,05 |
| м. Севастополь | 48,3 | ±4,6 | 54,4 | 4,2 | 12,6 | > 0,05 | 57,0 | 4,0 | 64,8 | 3,3 | 13,7 | <0,05 |
| Україна | 45,5 | ±0,5 | 47,1 | 0,5 | 3,5 | < 0,05 | 47,7 | 0,5 | 51,0 | 0,4 | 7,0 | <0,05 |

Таблиця 9

Динаміка смертності дорослого населення України від РН (2005–2009 рр.; на 100 тис.)

| Адміністративні території | Усе населення | | | чоловіки | | | жінки | | |
|---------------------------|---------------|----------|-------|----------|----------|-------|-------|----------|-------|
| | 2009 | Абс. п/з | Т п/з | 2009 | Абс. п/з | Т п/з | 2009 | Абс. п/з | Т п/з |
| Західний | 4,5 | 0,2 | 4,7 | 6,3 | 0,4 | 6,8 | 3,5 | 0,7 | 25,0 |
| Центральний | 5,3 | 0,5 | 10,4 | 8,1 | 1,0 | 14,1 | 3,0 | 0,1 | 3,4 |
| Північно-Східний | 5,9 | 0,2 | 3,5 | 8,6 | 0 | 0 | 3,6 | 0,3 | 9,0 |
| Південно-Східний | 6,1 | 0,9 | 17,3 | 8,7 | 1,3 | 23,0 | 3,9 | 0,4 | 11,4 |
| Південний | 5,3 | 0,8 | 17,7 | 7,5 | 1,1 | 17,2 | 3,4 | 0,6 | 21,4 |
| м. Київ | 5,3 | -0,3 | -5,3 | 7,3 | -0,7 | -8,8 | 3,5 | 0 | 0 |
| м. Севастополь | 8,5 | 0,6 | 7,6 | 13,4 | 3,6 | 36,7 | 4,4 | - | - |
| Україна | 5,5 | 0,6 | 12,2 | 7,9 | 0,8 | 11,3 | 3,4 | 0,3 | 9,7 |

Таблиця 10

Динаміка смертності від РН дорослого міського населення України (2005–2009 рр.; на 100 тис.)

| Адміністративні території | Міське населення | | | У тому числі | | | | | |
|---------------------------|------------------|----------|-------|--------------|----------|-------|---------|----------|-------|
| | | | | чоловіки | | | жінки | | |
| | 2009 р. | Абс. п/з | Т п/з | 2009 р. | Абс. п/з | Т п/з | 2009 р. | Абс. п/з | Т п/з |
| Західний | 5,5 | 0,7 | 14,6 | 8,2 | 1,3 | 18,8 | 3,1 | 0,2 | 6,9 |
| Центральний | 6,3 | 1,4 | 28,6 | 9,3 | 2,0 | 27,4 | 3,6 | 0,8 | 28,6 |
| Північно-Східний | 5,4 | -0,3 | -5,3 | 8,2 | -0,8 | -8,9 | 3,1 | 0,2 | 6,9 |
| Південно-Східний | 6,3 | 0,8 | 14,5 | 9,1 | 1,2 | 15,2 | 4,0 | 0,6 | 17,6 |
| Південний | 6,2 | 1,5 | 3,2 | 8,8 | 1,8 | 25,7 | 4,1 | 1,4 | 51,8 |
| м. Київ | 5,3 | -0,3 | -5,3 | 7,3 | -0,7 | -8,8 | 3,5 | 0 | 0 |
| м. Севастополь | 8,5 | 0,6 | 7,6 | 14,3 | 3,8 | 36,2 | 4,7 | -1,5 | -24,2 |
| Україна | 6,0 | 0,8 | 15,4 | 8,7 | 1,0 | 13,0 | 3,7 | 0,6 | 19,4 |

Південному – Херсонська. Як наслідок, лише 51,0% хворих в цілому по Україні перебувають на обліку 5 і більше років (табл. 8).

З роками простежено вірогідне зростання таких випадків в окремих адміністративних територіях, за винятком Північно-Східного, проте всюди показник не перевищує 52,2% і лише в містах Києві і Севастополі він становив відповідно 55,2% та 64,8%. Водночас кожний четвертий хворий помирає протягом року з часу встановлення діагнозу. При цьому відсоток таких випадків зберігається протягом

останніх п'яти років. По областях спостерігаються незначні коливання, а саме – від 18% у Сумській області до 30% – у Донецькій.

Динаміка смертності внаслідок РН серед різних верств населення України наведена в табл. 9–11.

Порівняльний аналіз даних табл. 9, 10, 11 свідчить, що по всій території України смертність зростає з більшою інтенсивністю серед чоловіків та міського населення. Рівень смертності серед сільського населення стабілізувався за рахунок практичної рівноваги між зростанням її серед чо-

Динаміка смертності від РН дорослого сільського населення України (2005–2009 рр.; на 100 тис.)

| Адміністративні території | Сільське населення | | У тому числі | | | | | | |
|---------------------------|--------------------|----------|--------------|---------|----------|-------|---------|----------|-------|
| | | | чоловіки | | | жінки | | | |
| | 2009 р. | Абс. п/з | Т п/з | 2009 р. | Абс. п/з | Т п/з | 2009 р. | Абс. п/з | Т п/з |
| Західний | 3,6 | -0,3 | -7,7 | 4,7 | -0,4 | -7,8 | 2,6 | -0,2 | -7,1 |
| Центральний | 4,9 | -0,8 | -16,3 | 6,5 | -0,5 | -7,1 | 2,2 | -0,9 | -29,0 |
| Північно-Східний | 6,7 | 0,9 | 15,5 | 9,3 | 1,2 | 14,8 | 4,5 | 0,7 | 18,4 |
| Південно-Східний | 5,5 | 1,1 | 25,0 | 7,7 | 2,2 | 40,0 | 3,5 | 0 | 0 |
| Південний | 3,6 | -0,5 | -12,2 | 5,2 | -0,2 | -3,7 | 2,1 | -0,8 | -26,7 |
| м. Київ | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| м. Севастополь | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Україна | 4,4 | 0 | 0 | 6,2 | 0,3 | 5,1 | 2,8 | -0,3 | -9,7 |

ловиків і зменшенням серед жінок. Важко зараз знайти пояснення цьому факту. Він потребує спеціального вивчення, якщо буде зберігатися і надалі. Високі показники смертності спостерігаються в Рівненській (6,5), Київській (6,3), Полтавській (6,7), Сумській (6,2), Дніпропетровській (6,4), Запорізькій (7,2), Кіровоградській (6,6), Миколаївській (7,1) областях.

ВИСНОВКИ

Таким чином, наведені вище дані свідчать про щорічне збільшення числа хворих із уперше встановленим діагнозом РН по всіх адміністративних територіях України з різною інтенсивністю. Разом із тим, простежено сповільнення зазначеного процесу за роками. Більша частина (59–61% по роках спостереження) припадає на чоловіків. Темп зростання захворюваності серед жінок, який перевищував до 2000 р. показник серед чоловіків, почав зменшуватись і в останні роки величини їх зрівнялися. У 2009 р. рівень захворюваності серед осіб обох статей становив 10,6, серед чоловіків – 13,6, жінок – 8,1 (на 100 тис. відповідного населення). В Україні неухильно зростає чисельність хворих на РН, які перебувають на обліку. Виявлено, що темп приросту поширеності патології, на відміну від захворюваності, зростає, що потребує позитивної оцінки з огляду на продовження тривалості життя зазначеної категорії. У результаті в 2009 р. на обліку перебували 28 798 хворих на РН.

Актуальним залишається питання раннього виявлення хвороби, оскільки без суттєвої різниці по роках спостереження відсоток тих, у кого діагноз уперше встановлений в I–II стадіях не перевищує 50%, а у кожного п'ятого – в IV стадії. Його вирішення тісно пов'язане з необхідністю активізувати проведення профілактичних оглядів, оскільки надзвичайно низький рівень і незадовільна динаміка медичних оглядів дозволили лише в 13,7% випадків виявити таким чином патологію. При вірогідному зростанні хворих, що перебувають на обліку 5 і більше років (проте не більше 52%), кожний четвертий помирає протягом року з часу встановлення діагнозу. Рівень смертності має тенденцію до зростання. Її показники вищі серед чоловіків, вищий і темп їх приросту в порівнянні з жінками. Приріст показників смертності формується практично за рахунок міських жителів обох статей.

Виявлені регіони та області, що потребують підвищеної уваги органів охорони здоров'я і прийняття відповідних управлінських рішень.

Епидемиологія рака почки в Україні

Н.А. Сайдакова, Л.Н. Старцева, В.Л. Царенко, И.В. Гродзинский, О.О. Онисков, А.А. Шевченко

Проведено исследование по изучению заболеваемости и распространенности рака почки (РП) среди взрослого населения Украины, установлены их особенности в различных регионах с определением темпов прироста по абсолютным и интенсивным показателям. Подтверждена правомерность использования предложенной (2000 г.) функции определения прогностических величин заболеваемости РП как для всего населения, так и отдельно для мужчин и женщин. Установлена роль профилактических осмотров в раннем выявлении патологии. Проведен сравнительный анализ уровня смертности среди мужчин и женщин городского и сельского населения.

Ключевые слова: рак почки, заболеваемость, распространенность, смертность, качественные показатели специализированной помощи.

Epidemiology of renal cancer in Ukraine

N.O. Saidakova, L.M. Startseva, V.L. Tsarenko, I.V. Grodzynski, O.O. Onyskiv, G.A. Shevchenko

The investigation was performed on studying the incidence and spread of renal cancer (RC) among the population of Ukraine; there was also stated their specificity in separate regions on determination of the rate of growth by the absolute and intensive readings. There was proved the competence in using the proposed (1989) function to determine the prognostic indices of the RC morbidity for the population as a whole and separately for men and women. The importance of prophylactic examination on finding out the pathology was underlined. The comparative analysis of mortality among men and women, urban and rural population was performed.

Key words: renal cancer, incidence, spread, mortality, qualitative readings of specialized aid.

ЛІТЕРАТУРА

1. Алексеев Б.Я., Калпинский А.С. Новые возможности таргетной терапии метастатического рака почки // Онкоурология. – 2009. – № 3. – С. 8–12.
2. Аляев Ю.Г. и соавт. Органосохраняющие операции при опухоли почки. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 264 с.
3. Аполихин О.И., Канорина Е.П., Сивков А.К. и др. Состояние урологической заболеваемости в Российской Федерации по данным официальной статистики // Урология. – 2008. – № 3. – С. 3–9.
4. Велиев Е.И., Богданов А.Б. Особенности метастазирования рака почки, хирургическое лечение рецидивов и метастазов. // Прак. онкология. – 2005. – № 6 (3). – С. 15–17.
5. Возіанов О.Ф., Сайдакова Н.О., Павлова Л.П., Непомнящий В.М. Епідеміологічний аналіз захворюваності на рак нирки у радіаційно-за-

- брудних регіонах України // Урологія. – 2000. – № 4. – С. 3–9.
6. Гуртов С.Л., Черноглазова Е.В., Ветрова Н.А. Прерывистый режим введения интерферона -L при метастазах рака почки // Онкоурология. – 2009. – № 2. – С. 32–35.
7. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ. – М.: Медицина, 2005. – 235 с.
8. Демидов Л.В., Матвеев В.Б., Тимофеев И.В., Харкевич Г.Ю. Малые дозы цитокинов и их комбинация с 5-фторурацилом при диссеминированном раке почки. Окончательные результаты рандомизированного исследования // Онкоурология. – 2009. – № 2. – С. 36–41.
9. Молчанов О.Е., Карелин М.И. Иммунологический мониторинг биотерапии диссеминированных форм почечно-клеточного рака // Онкология. – 2009. – № 4. – С. 13–18.
10. Переверзев А.С., Шукин Д.В., Щербак А.Ю. Органосохраняющие операции при почечно-клеточном раке // Онкоурология. – 2009. – № 2. – С. 22–30.
11. Рак в Україні, 2007–2008. Захворюваність, смертність, показники летальності онкологічної служби / І.Б. Щепотін ; под общ. ред. З.П. Федоренко, Л.О. Гулака, Є.Л. Гороха [та ін.] // Бюлетень національного онкологічного реєстру України. – К.: Національний Інститут Раку. – 2009 – № 10. – Режим доступу: <http://www.i.com.ua/> укр.
12. Сакало В.С., Яковлев П.Г. Сучасні погляди на фактори ризику виникнення раку нирки // Урологія. – 2009. – № 4. – С. 27–32.
13. Серегин А.В., Лоран О.Б., Ашутян В.Р. Факторы прогноза выживаемости при раке почки // Онкоурология. – 2009. – № 2. – С. 15–21.
14. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2007 году. – М.: Медицина, 2008. – 152 с.
15. Юрин А.Г. Эпидемиология, новое в классификации рака почки // Архив патологии. – 2007. – № 1. – С. 49–54.
16. Юрин А.Г. Клинико-анатомическое подходы к макро- и микроскопическому исследованию рака почки // Урология. – 2009. – № 4. – С. 61–67.
17. Cohen H.T., Mc Govern F.J. Renal-cell carcinoma. // N Engl Med. – 2005. – Vol. 353. – P. 2477–90.
18. Donskov F., Von der Maase H. Impact of immune parameters on long-term survival in metastatic renal cell carcinoma // J Clin Oncol. – 2006. – Vol. 24 (13). – P. 1997–2005.
19. Godley P.A., Taylor M. Renal cell carcinoma // Curr Opin Oncol. – 2001. – N 13. – P. 199–203.
20. Hollenberg B.K., Taulb D.A., Miller D.C. et al. National utilization trends of partial nephrectomy for renal cell carcinoma: a case of underutilization? // Urology. – 2006. – Vol. 67. – P. 50–54.
21. Jacobsen J., Grankvist K., Rasmuson T., Ljungberg B. Different isoforn patterns for vascular endothelial growth factor between clear cell and papillary renal cell carcinoma // Br J Urol. Int. – 2006. – Vol. 97 (5). – P. 1102–1108.
22. Jemal A., Siegel R., Ward E. et al. Cancer Statistics // CA Cancer J Clin. – 2007. – Vol. 57. – P. 43–66.
23. Parkin D.M., Bray F., Ferlay J. et al. Global cancer statistic // CA Cancer J Clin. – 2005. – Vol. 55. – P. 74–108.
24. Parton M., Gore M., Eisen T. Role of cytokine therapni in 2006 and beyond for metastatic renal cell cancer // J Clin Oncol. – 2006. – Vol. 24. – P. 5584–92.
25. US National Institutes of Health. Surveillance, Epidemiology and End Results (SEER) cancer statistics review: kidney and renal pelvis cancer; 5-yr relative survival rates, 1996-2002. Available at <http://sar.cancer.gov/cgi-bin/csr/1975-2003/search.pl> results.
26. Whelat P. The medical treatment of metastatic renal cell cancer. // EAU Update Series. – 2003. – N 1. – P. 237–246.

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

ЕВРОПЕЙЦЫ «СИДЯТ» НА АНТИДЕПРЕССАНТАХ

Европейские жители потребляют антидепрессанты в больших количествах, сообщили исследователи британского Уорикского университета и немецкого Института IZA.

Ученые провели исследование, в котором изучили ситуацию в 27 странах Европы. Оказалось, что каждый десятый ее житель среднего возраста регулярно употребляет антидепрессанты. Люди пытаются с помощью химии бороться с жизнен-

ными трудностями и неприятностями. Между тем, по словам исследователей, антидепрессанты как препараты являются относительно новыми и недостаточно изученными.

Наиболее частые потребители антидепрессантов - безработные женщины среднего возраста, имеющие низкий уровень образования и находящиеся в разводе.

Эксперты обеспокоены такой ситуацией, так как люди используют

эти препараты не по назначению. Депрессия - это серьезное психическое расстройство, а бытовые тяготы и трудности всегда будут сопровождать человека, такие люди не нуждаются в медикаментозном лечении. Ученые рекомендуют не принимать антидепрессанты самостоятельно, а только по назначению врача.

<http://www.medicinform.net>